

Anni Mustonen, Jenni Roine

Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden yksikkö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
23.11.2012

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Anni Mustonen, Jenni Roine Painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiilit 35 sivua + 6 liitettä 23.11.2012
Tutkinto	Terveydenhoitaja (AMK), Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitaja
Ohjaaja(t)	Lehtori Asta Lassila Yliopettaja Arja Liinamo
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiileita. Pyrimme kartoittamaan, millaiset elintavat (tupakointi, ruokatottumukset, alkoholi, liikunta) ja elämäntilanne näillä ihmisillä on siinä vaiheessa, kun painonhallintaryhmä on vasta alkamassa. Tutkimuskysymyksemme olivat seuraavat: millaiset elintavat painonhallintaryhmiin osallistuvilla on ryhmän aloitusvaiheessa? Vaihtelevatko elintavat koulutustaustan, paikkakunnan ja painoindeksin mukaan? Elintapaprofiilien avulla painonhallintaryhmien ohjaajat voivat syventää yksilöllistä ohjausta ja motivointia tuntemalla taustatekijät. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sekä Helsingin yliopiston kanssa.</p> <p>Aineistonkeruuseen käytimme kyselylomaketta koskien terveystottumuksia. Saimme viiden ryhmän täyttämät lomakkeet (n=56). Aineiston analyysin suoritimme PASW-ohjelmiston avulla.</p> <p>Painonhallintaryhmissä aloittaneiden elintapaprofiileista kävi ilmi, että heidän elintapansa olivat suhteellisen terveelliset; ateriaritmi, rasvan laatu ja alkoholin käyttö olivat lähellä suosituksia. Elintavoista löytyi eniten koulutusryhmittäisiä eroja. Miehiä osallistui huomattavasti vähemmän ryhmiin. Liikuntaa harrastettiin melko vähän. Ryhmäläisten elintavat olivat kokonaisuudessaan lähellä koko väestön elintapoja.</p> <p>Miesten kannustamista ryhmiin osallistumiseen tulisi lisätä. Tutkimustulosten vuoksi jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia saman otoksen edistymistä ryhmissä. Koemme myös tarpeelliseksi samankaltaisen tutkimuksen toistamisen suuremmalla otoksella.</p>	
Avainsanat	elintavat, tupakointi, ruokatottumukset, alkoholin käyttö, liikunta, lihavuus, painonhallintaryhmä, painonhallinta, Pieni päätös päivässä (PPP).

Author(s) Title	Anni Mustonen, Jenni Roine Health profiles of weight control group participants
Number of Pages Date	35 pages + 6 appendices 23 November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public health nursing
Instructor(s)	Asta Lassila, Senior Lecturer Arja Liinamo, Principal Lecturer
<p>The purpose of this final project was to observe lifestyle profiles of people who take part in weight control groups. We charted the living habits (smoking, eating habits, use of alcohol, physical exercise) and life situations of the participants at the beginning of this programme. Our research questions were: What kind of living habits do participants of this group practice at the beginning of these groups? Were there differences in living habits based on the level of education, the place of residence and body mass index? The weight control group leader may help deepen motivation and personal guidance by the knowledge of each individual's profile of living habits. This final project was done in cooperation with the Hospital District of Helsinki and Uusimaa and the University of Helsinki.</p> <p>Research material was collected by a questionnaire of living habits. We received answers from five different weight control groups (n=56). The content analysis was developed with the help of the program PASW.</p> <p>Based on the results, the profiles of the participants living habits seemed to be generally healthy; eating habits, the quality of consumed fats, and the intake of alcohol were close to the Finnish regulations. Differences in living habits were mostly found between the levels of education. Men took far less part in the weight control groups compared to women. Regular physical exercise was below average. Participant's living habits in all were similar compared to the population of Finland.</p> <p>Men ought to be encouraged more in taking part in these groups. Based on the results we suggest further research on the progression of the same sample in these groups. We also feel that it would be essential to repeat the same study with a larger sample.</p>	
Keywords	living habits, smoking, eating habits, consume of alcohol, exercise, obesity, weight control group, weight control

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Väestön elintavat ja lihavuus kansanterveyden haasteena	2
2.1	Elintavat ja terveyskäyttäytyminen	2
2.1.1	Tupakointi	3
2.1.2	Ruokatottumukset	4
2.1.3	Alkoholin käyttö	5
2.1.4	Liikunta	6
2.2	Lihavuus	7
3	Ryhmä painonhallinnan menetelmänä	9
3.1	Painonhallinta ja painonhallintaryhmät	9
3.2	Pieni päätös päivässä (PPP)	10
4	Tarkoitus ja tavoitteet	10
5	Tutkimusaineisto ja menetelmät	11
5.1	Kyselylomake	11
5.2	Elintapojen mittarit	12
5.3	Aineiston keruu	13
5.4	Analyysimenetelmät	15
6	Tulokset	16
6.1	Ruokailutottumukset	18
6.2	Tupakointi	20
6.3	Alkoholi	21
6.4	Liikunta	21
6.5	Terveystottumusten muuttaminen	22
7	Pohdinta	23
7.1	Luotettavuus ja eettisyys	23
7.2	Tulosten tarkastelu	25
7.3	Johtopäätökset	29
	Lähteet	31

Liitteet

Liite 1. Yhdistetty peruskyselylomake painonhallintaryhmille

Liite 2. Suostumusasiakirja

Liite 3. Painonhallintaryhmien seurantalomake

Liite 4. Tiedote painonhallintaryhmille

Liite 5. Peruskyselylomakkeesta tulkitut kysymykset

Liite 6. Tiedonhakuprosessi

1 Johdanto

Opinnäytetyömme selvittää painonhallintaryhmiin hakeutuvien asiakkaiden elintapaprofiileja. Tässä työssä elintapaprofiililla tarkoitamme tupakointia, ruokatottumuksia, alkoholin käyttöä ja liikuntaa. Tarkoituksena on kartoittaa, millaiset elintavat ja elämäntilanne näillä ihmisillä on siinä vaiheessa, kun painonhallintaryhmä on vasta alkamassa. Tutkimuskysymyksemme ovat näin ollen seuraavat; millaiset elintavat painonhallintaryhmiin osallistuvilla on ryhmän aloitusvaiheessa? Vaihtelevatko elintavat koulutustautaan, asuinalueen tai painoindeksin mukaan?

Tavoitteena on, että elintapaprofiilien tunteminen auttaa painonhallintaryhmien ohjajia asiakkaiden motivoinnissa, ohjauksessa sekä henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa. Alahuhan ym. (2010: 10) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin elintapamuutosvaihetta sekä painonhallinnan onnistumisen edellytyksiä ja riskitekijöitä tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä, todettiin, että ryhmäläisten tavoitteiden asettelu oli vähäistä, vaikka niiden asettaminen kuuluu jo valmistautumis- ja toimintavaiheisiin. Lisäksi pyrimme löytämään elintapaprofiileista tiettyjä piirteitä, joiden avulla ryhmissä läpikäytäviä asioita voidaan kohdentaa vastaamaan asiakkaiden tarpeita paremmin.

Työmme on osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sekä Helsingin yliopiston hanketta, joka tutkii Pieni päätös päivässä (PPP) -painonhallintaryhmien vaikuttavuutta valtimotaudin riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS- alueella. Tutkimus toteutetaan HUS-alueen terveyskeskuksissa yhteistyössä HUS:n perusterveydenhuollon yksikön terveyden edistämisen sekä Medisiinisen tulossyksikön kanssa. Hankkeen tutkimuksen aineiston muodostavat 18–70-vuotiaat ylipainoiset, HUS- alueen terveysasemien perusterveydenhuollon asiakkaat, joiden painoindeksi on yli 28 kg/m². Tutkimuksessa käytettävät mittarit ja kyselyt ovat kansallisesti ja kansainvälisesti käytettyjä, ja tutkimuksella on HUS Medisiinisen tulossyksikön eettisen toimikunnan tutkimuslupa. Tutkimustulosten raportointi tapahtuu yhteistyössä tutkimustyöhön osallistuneiden tahojen kanssa. Tutkimuksesta vastaavana henkilönä toimii professori Johan Eriksson.

Työmme etenee yhteistyössä hankkeen tutkimusryhmän jäsenten, erikoissuunnittelija Laura Suojasen ja kehittämisspäällikkö Heli Bäckmandin, kanssa. Olemme sopineet hankkeen tutkimuksessa käytettävien kysely- ja tiedotelomakkeiden ulkoasusta ja sisällöstä sekä niiden laatimisesta. Käytämme työssämme hankkeen peruskyselylomaketta, joista tarkastelemme työmme kannalta oleellisia kysymyksiä elintapoihin ja taustatekijöihin liittyen.

2 Väestön elintavat ja lihavuus kansanterveyden haasteena

2.1 Elintavat ja terveyskäyttäytyminen

Kehittyneiden maiden yleisin elintavoista johtuva terveysongelma on lihavuus (Heliövaara – Rissanen 2007: 53). Puhuttaessa terveyskäyttäytymisestä tarkoitetaan yleensä elintapoja, joita ovat alkoholinkäyttö, liikunta, ruokatottumukset sekä tupakointi. Elintavoilla on kulttuurinen, taloudellinen ja sosiaalinen kasvualusta ja ne ovat yhteydessä sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Elintavat ovat myös riski- ja suojatekijöitä suomalaisten kansantauteihin, ja niiden seurannalla on merkitystä terveyden edistämiseen tähtäävässä työssä. Elintapojen yhteys sosioekonomisten terveyserojen syntyyn on merkittävä, ja elintavoissa on huomattavia eroja koulutusryhmittäin. (Borodulin ym. 2012.) ”Elintapojen on todettu olevan yksi keskeinen yhteiskunnallisen aseman ja terveyden välistä yhteyttä välittävä tekijä” (Mäkelä 2010: 251). Tuloluokkien väliset erot elinajanennusteeseen ovat myös kasvaneet niin, että ylemmissä tuloluokissa elinajanodotteen kasvu on suurempaa kuin alimman tuloluokan elinajanodotteessa (Tarkiainen – Martikainen – Laaksonen – Valkonen 2011: 3653–3654).

Elintapojen muuttamisella pyritään oman toimintakyvyn, terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantamiseen ja ylläpitoon. Muuttamalla elintapoja saadaan pysyviä tuloksia niin painonhallintaan kuin terveyteenkin liittyen. Elämäntavoilla voidaan lisäksi ehkäistä sairauksien syntyä, hoitaa sairauksia sekä välttää niiden pahenemista. Lihavuuden hoidossa jo viiden prosentin painonpudotus ehkäisee liitännäissairauksia. Elintapamuutoksessa pyritään ennen kaikkea muutoksen konkreettisuuteen ja realismiin. (Käypä hoito 2011, Lihavuus (aikuiset).) Elintapamuutoksen koettuja hyötyjä ovat terveyden ja toimintakyvyn paraneminen ja siihen liitettyä usein myös vireystilan

myönteiset muutokset sekä selviytyminen paremmin sosiaalisista tilanteista. Elintapamuutoksen vaatimat voimavarat, epäonnistumisen aiheuttama itsetunnon romahdus sekä taloudelliset tekijät esimerkiksi terveellisen ruoan hintavuus nähdään usein muutoksen haasteina. (Alahuhta – Korkikangas – Kyngäs – Laitinen 2009: 261–263.)

2.1.1 Tupakointi

Tupakointi näyttäisi olevan yhteydessä painoon. Varsinkin nuoruusiän säännöllisen tupakoimisen on havaittu ennustavan vyötärölihavuutta myöhemmällä iällä (Saarni 2008: 26). Tupakoinnin lopettaneet ovat puolestaan lihomiselle alttiita (Männistö – Lahti-koski – Tapaninen – Laatikainen – Vartiainen 2004: 777). Tupakointia käytetään kuitenkin myös painonpudotuksen apukeinona. Varsinkin nuorilla aikuisilla tupakointi on yhteydessä laihdutusyrityksiin (Saarni 2008: 32).

Tupakointi aiheuttaa verenkierto- ja hengityselinten sairauksia ja syöpää sekä lyhentää elinajan odotetta useilla vuosilla (Vartiainen 2005). Tupakointi voi lyhentää elinaikaa jopa kahdeksalla vuodella (Patja 2011). Tupakointi aiheuttaa kolmanneksen syöpäsairauksista ja on tärkein riskitekijä joka viidennessä sydänperäisessä kuolemassa. Tupakoinnin muita terveyshaittoja ovat esimerkiksi raskauden aikaiset haitat, hedelmällisyyden väheneminen sekä aikuistyyppin diabetes, osteoporoosi, ihon ennenaikainen vanheneminen ja virtsanpidätyskyvyn heikkeneminen. (THL 2009, Tupakoinnin terveyshaitat.)

Tupakointiin vaikuttaa sosioekonominen asema ja koulutus siten, että alimpaan sosiaaliryhmään kuuluvat tupakoivat eniten (Paavola 2006: 40–42). Sosioekonomiset tekijät vaikuttavat myös tupakoinnin lopettamiseen (Broms 2008: 52). Suomessa miesten tupakointi on tasaisesti vähentynyt 70-luvun loppupuolelta lähtien. Naisten tupakointi puolestaan lähti laskusuuntaan vasta 2000-luvun puolivälin jälkeen. Vuonna 2010 työikäisten, päivittäin tupakoivien miesten määrä oli 23 % ja naisten 16 %. (Helakorpi – Pajunen – Jallinoja – Virtanen – Uutela 2011: 12–13.)

2.1.2 Ruokatottumukset

Rasvaisten ja makeiden välipalojen sekä virvoitusjuomien kulutuksen kasvu sekä anoskokojen suureneminen ovat lihomiseen johtavia syitä (Männistö ym. 2004: 777). Terveellinen ja monipuolinen ravinto puolestaan edistää terveyttä (Borodulin – Raulio – Vesalainen 2012). Terveelliseen ruokavalioon kuuluu kasviksia, marjoja, täysjyväviljavalmisteita, perunaa sekä hedelmiä. Tämän lisäksi ruokavalion tulee sisältää kasviöljyjä, maitovalmisteita, vähärasvaista lihaa, kalaa ja kananmunia. Energiansaannin ja ruokaryhmien sopivassa keskinäisessä suhteessa hiilihydraattien määrä on 50–60 %, rasvan 25–35 % ja proteiinin osuus 10–20 % kokonaisenergiasta. Tämä varmistaa myös kuidun, vitamiinien ja kivennäisaineiden runsaan saannin. (Lahti-Koski 2009.) Kasvien, hedelmien ja marjojen runsaan syömisen on todettu vähentävän myös kuolleisuuden riskiä (Rissanen ym. 2003: 201). On myös tärkeää, että energian saanti ja kulutus ovat tasapainossa.

Ravitsemussuosituksilla pyritään suomalaisten ravitsemuksen parantamiseen ja terveyden edistämiseen. Suomalaiset ravitsemussuositukset kuvaavat tärkeimpien ravintoaineiden suositeltavaa saantia pitkäköllä aikavälillä. Suositusten tavoitteena on muun muassa energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen, tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien lisääminen, puhdistettujen sokeiden sekä suolan saannin vähentäminen, alkoholin kulutuksen pitäminen kohtuullisena sekä kovan rasvan vähentäminen ja korvaaminen pehmeillä rasvoilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005: 7.) Erityisesti kovien rasvojen saannin vähentyminen on sydän- ja verisuonitautiriskin kannalta merkittävää samoin kuin kasviperäisten rasvojen ja ravintoaineiden saannin lisääntyminen (Huttunen 2011), sillä pehmeän rasvan sisältämä HDL-kolesteroli yhdessä runsaskuituisten hiilihydraattien, marjojen ja hedelmien sisältämän kuidun kanssa vähentävät huonon LDL-kolesterolin pitoisuutta (Käypä hoito 2009, Dyslipidemat). Suurimmissa kaupungeissa kovan rasvan käyttö on hiukan vähäisempää kuin muilla alueilla (Similä ym. 2006: 3828).

Ruokatottumukset ovat 80-luvulta lähtien kehittyneet positiiviseen suuntaan voimakkaiden kasvien syönnissä sekä rasvattoman maidon juonnissa (Helakorpi – Holstila – Virtanen – Uutela 2012: 16). Tästä huolimatta ruokatottumukset vaihtelevat edelleen sosioekonomisen aseman mukaan niin, että huonossa sosioekonomisessa asemassa

olevien ruokatottumukset ovat kauempana suosituksista (Borodulin ym. 2012). Naisten ruokavalio on lähempänä suosituksia kuin miesten (Similä ym. 2006: 3827). Vuonna 2011 naisista 42 % ja miehistä 35 % joi rasvatonta maitoa, 60 % käytti leivällä kevytlevitettä tai margariinia ja miehistä 32 % ja naisista 51 % sanoi päivittäin syövänsä tuoreita kasviksia. Leivän käyttö on kuitenkin ollut laskussa. (Helakorpi ym. 2012: 16.)

Väestön huonot ruokatottumukset alkavat näkyä myös lapsissa. Alle kouluikäisten lasten ruokavalioon kuuluu suosituksiin verrattuna aivan liian vähän kasviksia, hedelmiä, marjoja ja kalaa. Sen sijaan sokeria, suolaa ja tyydyttynyttä rasvaa käytetään aivan liikaa. (Erkkola ym. 2010: 2669.)

2.1.3 Alkoholin käyttö

Alkoholin kulutuksen kasvu on yksi lihomiseen johtavista syistä (Männistö ym. 2004: 777). Energiaravintoaineena alkoholi on melkein rasvaan verrattavissa (Heinonen 2011) ja alkoholin saannin välttäminen on yksi ruokavaliohoidon tavoitteista lihavuuden hoidossa (Käypä hoito 2011, Lihavuus (aikuiset)). Lisäksi alkoholin runsas käyttö lisää sairastavuutta, on merkittävin suomalaisen työikäisen miehen ennen aikaiseen kuolemaan johtava tekijä sekä pahentaa monien sairauksien oireita. Alkoholin kokonaiskulutus on suorassa suhteessa sen aiheuttamien terveysongelmien määrään. (Mäkelä – Vesalainen 2012.)

Kohtuullisen alkoholin käytön on todettu lisäävän edullisia vaikutuksia veren hyytymisjärjestelmään sekä lisäävän hyödyllisen HDL-kolesterolin määrää veressä ja täten pienentävän riskiä sairastua sepelvaltimotautiin. Alkoholi annosten noustessa kokonaisvaikutus terveyteen heikkenee. Runsaamman alkoholinkäytön haittoja ovat mm. verenpaineen kohoamisen, aivoverenkiertohäiriöiden ja maksavaurioiden lisääntyminen. (Aro 2008.) Runsas alkoholin käyttö lyhentää elinikää lisäämällä myös nielun, kurkunpään ja ruokatorven pahanlaatuisten kasvainten riskiä. Tapaturmat ja itsemurhat lisäävät kuolleisuutta. Humaltuminen altistaa tapaturmille sekä väkivallan uhriksi joutumiselle. (Poirolainen 2009.)

Raittiiden osuus alkoholin käyttäjistä vähentyi 2000-luvun alkuun, mutta sen jälkeen pysyi tasaisena. Vuonna 1982 miehistä 15 % ja naisista 31 % ei ollut käyttänyt alkoholo-

lia viimeksi kuluneen vuoden aikana lainkaan. Vuonna 2011 raittiiden osuus oli 12 % miehistä ja 15 % naisista. (Helakorpi ym. 2012: 17.) Vaikka valtaosa aikuisista on alkoholin kohtuukäyttäjää, on suurkuluttajien määrä n. 5–10 % aikuisväestöstä (THL 2009, Alkoholi). Alkoholia juodaan ylemmissä ammattiryhmissä useammin pieniä määriä kun taas alemmissä ammattiryhmissä alkoholia juodaan useammin paljon kerralla. Ylemmät toimihenkilöt juovat siis alkoholia useimmin, mutta kohtuudella. (Mäkelä 2010: 255.)

2.1.4 Liikunta

Vähän liikuntaa harrastavat ovat lihomiselle altis väestöryhmä. Yksi lihomiseen johtavista syistä on työ- ja arkiliikunnan väheneminen. (Männistö ym. 2004: 777.) Liikunnalla on lukuisia terveysvaikutuksia. Liikunta ehkäisee sydäntautien riskitekijöitä kuten kohonnutta verenpainetta, kolesterolia tai verensokeriarvoa (THL 2009, Liikunta). Liikuntaa harrastavat näyttäisivät elävän myös terveellisemmin kuin liikkumattomat henkilöt ja liikuntaa säännöllisesti harrastavien joukosta löytyy vähemmän tupakoitsijoita ja korkean painoindeksin omaavia henkilöitä (Lahti 2011: 34).

Lisäksi liikunta vähentää osteoporoosista, lihavuudesta, aikuistyyppin diabeteksesta, sepelvaltimotaudista, aivohalvauksesta ja paksusuolensyövästä aiheutuvia vaaroja (Vuori 2005). Jo vähäinenkin liikunta vapaa-ajalla näyttää hidastavan tyyppin 2 diabeteksen puhkeamista sekä suojaavan siihen sairastumiselta. Liikunta näyttää ennaltaehkäisevän 2 tyyppin diabetesta myös silloin, kun painoindeksi sekä geneettiset tekijät on huomioitu. (Waller 2011: 7.)

Liikuntaa on kaikki fyysinen aktiivisuus. Liikunnan ei tarvitse olla ns. urheilua, vaan myös arjen askareet, työpaikalle kävely tai pyöräily ja portaiden nousu on terveyttä edistävää liikuntaa. Vuoren (2005) mukaan liikunta kattaa kaiken lihasten tahdonalaisen, energiankulutusta lisäävän toiminnan.

UKK-instituutti on terveysliikunnan tutkimus- ja asiantuntijakeskus, joka on kehittänyt Liikuntapiirakan eli terveysliikuntasuosituksen 18–64-vuotiaille. Suosituksen mukaan liikuntaa tulisi harrastaa useana päivänä viikossa yhteensä ainakin kaksi ja puoli tuntia

reippaasti tai yksi ja puoli tuntia rasittavasti. Lisäksi lihaskuntaa tulisi kehittää ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti.)

Liikunta pitää yllä fyysistä kuntoa, säilyttää toimintakykyä ikääntyessä sekä vähentää ennenaikaista kuolleisuutta, sekä vaikuttaa positiivisesti mielialaan (Vuori 2005). Ne, jotka harrastavat kuntoliikuntaa ainakin kolme kertaa viikossa, kokevat terveytensä ja elämänlaatunsa hyväksi. He ovat myös tyytyväisempiä ajankäyttöön kuin ne, jotka harrastavat liikuntaa alle kolme kertaa viikossa. (Husu – Paronen – Suni – Vasankari 2010: 71.)

Vuonna 2011 vähän yli puolet miehistä ja naisista ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa ja miehistä 67 % ja naisista 74 % sanoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia ainakin kaksi kertaa viikossa (Helakorpi ym. 2012: 19). Kuitenkin vain 30–40 % aikuisväestöstä liikkuu siten, että se kiistatta edistäisi terveyttä (Vuori 2005). Liikunnassa on myös väestöryhmittäisiä eroja. Esimerkiksi alhaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat liikkuvat terveyden kannalta riittämättömästi kun taas korkeasti koulutetut harrastavat enemmän kuntoliikuntaa. Kuitenkin kevyt liikunta on lähes yhtä yleistä molemmissa ryhmissä. (THL 2009, Liikunta.)

2.2 Lihavuus

Lihavuus on yksi merkittävimmistä kansanterveysongelmistamme liitännäissairauksiin (Ikonen ym. 2009: 31). Vyötäröpainotteinen lihavuus lisää riskiä sairastua useisiin sairauksiin, joita ovat muun muassa diabetes, astma, dementia ja nivelrikko ja sairauksien vaaran suuruus riippuu lihavuuden määrästä (Käypä hoito 2011, Lihavuus (aikuiset)). Lihavuus vaikuttaa heikentävästi fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen elämäänlaatuun. Näitä heikentäviä tekijöitä ovat mm. lihavuuden liitännäissairaudet, kuten syömishäiriöt, masennus ja krooniset kivut. (Kaukua 2006: 1215.)

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen suurentunutta määrää elimistössä. Rasvakudoksen määrää on vaikea mitata suoraan. Kehon painoindeksi eli body mass index (BMI) onkin yleisin epäsuora menetelmä rasvakudoksen määrän mittauksessa. Painoindeksi saadaan kun jaetaan henkilön paino (kilogrammoissa) pituuden (metreissä)

neliöllä (kg/m²). (Uusitupa 2012: 347.) Lihavuus luokitellaan eri vaikeusasteisiin painoindeksin avulla (Ikonen ym. 2009: 36). (ks. taulukko 1)

Taulukko 1. Painoindeksin määritelmät (Duodecim, Lihavuuden käypähoito, 2011)

Painoindeksitaulukko	
18,5–24,9	Normaali paino
25–29,9	Lievä lihavuus
30–34,9	Merkittävä lihavuus
35–39,9	Vaikea lihavuus
yli 40	Sairaalloinen lihavuus

Painoindeksin avulla ei voida määrittää rasvan suhdetta lihakseen, joten lihaksikkailla henkilöillä voi painoindeksi olla suuri verrattuna kehon rasvamäärään. Ylimääräisen rasvakudoksen määrä, josta on terveydellistä haittaa, vaihtelee huomattavasti mm. sukupuolen, iän, rodun, ruumiinrakenteen ja perinnöllisten tekijöiden vuoksi. Rasvakudoksen sijainti vaikuttaa terveyshaittojen synnyssä. Vyötärölle (androidi lihavuus) ja vatsaonteloon kertyvä viskeraalinen rasva on terveyden kannalta haitallisempaa kuin lantioon, reisiin tai pakaroihin kertyvä rasva (gynoidi lihavuus). (Uusitupa 2012: 347–348.)

Keskivartalolihavuutta voidaan arvioida vyötärön ympäryksen mittaamisella. Vyötärölihavuudesta puhutaan, kun mittaustulokset ovat: miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Vyötärön ympäryys miehillä 90 cm ja naisilla 80 cm ovat varoitusrajoja, jolloin vyötärön ympärystä kannattaa tarkkailla. (Mustajoki 2010.) Vuodesta 1987 lähtien on suomalaisen väestön vyötärön ympäryys kasvanut tasaisesti (Peltonen ym. 2008: 9).

Eniten lihavia on keski-ikäisten ja sitä vanhempien joukossa, koska lihavuuden esiintyvyys kasvaa iän mukana (Mustajoki ym. 2009: 2249). Myös koulutusluokat vaikuttavat lihavuuteen. Lihavuus on harvinaisinta eniten koulutetuilla ja erityisesti naisilla erot koulutusluokkien välillä ovat hyvin selvät. (Männistö ym. 2004: 777.) Vuonna 2007 tehdyn FINRISKI-tutkimuksen mukaan suomalaisista 25–74 vuotiaista miehistä 70 % ja naisista 57 % oli vähintään liikapainoisia (BMI yli 25 kg/m²) ja 22 % miehistä ja 23 %

naisista lihavia (BMI yli 30 kg/m²) (Käypä hoito 2011, Lihavuus (Aikuiset)). Merkittävästi lihavien (BMI yli 30) määrä on suurimmissa kaupungeissa pienempi kuin kaupunkien ulkopuolella (Similä ym. 2006: 3828).

3 Ryhmä painonhallinnan menetelmänä

3.1 Painonhallinta ja painonhallintaryhmät

Painonhallinta ehkäisee lihavuuteen liittyvien sairauksien puhkeamista ja hidastaa jo puhjenneen sairauden etenemistä (THL 2012, Painonhallinta). Puhuttaessa painonhallinnasta tarkoitetaan, että pidetään laihduttamalla hankittu laihtumistulos tai estetään uhkaava painon nousu. Tämä edellyttää muutoksia ruoan ja syömisen suhteen, jotta päivittäinen kalorimäärä vähenee pysyvästi. (Mustajoki 2012.) Painonhallinnassa tärkeässä asemassa ovat myös kohtuullinen annoskoko, säännöllinen ateriaritmi sekä hyvät liikuntatottumukset (THL 2012, Painonhallinta). Lisäksi painonhallinnan onnistumiseen nähdään liittyvän mm. oman toiminnan tavoitteellisuus. Puolestaan tavoitteiden puuttuminen nähdään painonhallinnan riskitekijänä. (Alahuhta ym. 2010: 7–10.)

Lihavuuden ensisijainen hoitomuoto on elintapaohjaus, joka on suunnitelmallista ja usealla kerralla annettavaa elintapahoitoa. Ohjaus painottuu ajatuksiin, asenteisiin, ruokavalioon ja liikuntaan. Mieluiten ohjaus tapahtuu ryhmässä, koska ryhmäneuvonnan kustannukset ovat pienemmät kuin yksilöneuvonnan, eikä niiden tehokkuudessa liene eroja. (Käypä hoito 2011, Lihavuus (aikuiset).) Myös tutkimuksen Tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidon ohjauksessa mukaan ryhmäneuvonta oli yksilöneuvonnan veroista kokonaisuudessaan, sillä molemmat menetelmät ovat toisiinsa täydentäviä ja molempia tarvitaan pitkäjänteisenä toimintana (Tuominen ym. 2001: 4731). Elintapahoitoa tukevia menetelmiä ovat esimerkiksi erittäin niukkaenerginen (ENE) ruokavalio sekä lääkehoito sekä joissain tapauksissa lihavuusleikkaus (Käypä hoito 2011, Lihavuus (aikuiset)).

Painonhallintaryhmässä on etuja verrattuna yksilöohjaukseen. Näitä ovat mm. yhteiset keskustelut, ryhmätyöt ja harjoitukset, toisilta oppiminen ja kokemusten jakaminen.

Ryhmähenki lisää myös motivaatiota. Ryhmän kannalta on parempi, että ryhmäläisten lihavuuden asteissa ei ole suuria eroja. (Mustajoki – Lappalainen 2001: 31–32.)

3.2 Pieni päätös päivässä (PPP)

PPP eli Pieni päätös päivässä on painonhallintaryhmä, joka kannustaa jäseniään pieniin mutta pysyviin muutoksiin elintavoissa. Toisilta saadun tuen merkitys on keskeistä Pieni päätös päivässä -ajattelussa, sillä harva pystyy muutoksiin yksin. Diabetesliiton sekä Sydänliiton kehittämässä ryhmämallissa korostuu ryhmän tuen lisäksi valmentava ote ohjauksessa. Lähestymistavassa yhdistyvät ravitseminen, liikunta sekä oppimispsykologia. (Suomen sydänliitto ry, Suomen Diabetesliitto.)

Ryhmiiin ohjataan vastaanotoilla henkilöitä, jotka täyttävät hakukriteerin ja ovat elintapamuutoksen tarpeessa. Asiakkaat voivat myös itse hakeutua PPP-painonhallintaryhmiin hakemuksella, joita löytyy esimerkiksi internetistä. Ryhmiin pääsee myös lääkärin läheteellä. Ryhmien kesto on terveysasemasta riippuen noin 10–15 kertaa ja ryhmän koko on 10–15 henkilöä.

Tyypillisesti painonhallintaryhmissä on 10–20 tapaamiskertaa. Alle kymmenen istunnon painonhallintaryhmää ei suositella, koska elämäntapojen muuttaminen vaatii aikaa ja toistuvia ohjauskertoja. Sopiva koko ryhmälle on noin 10–15 henkeä. Yleensä muutama ryhmäläinen keskeyttää, jonka jälkeen ryhmään jää silti riittävästi jäseniä. Toisaalta yli 20 henkilöä saattaa vaikeuttaa ryhmän toimintoja kuten keskustelua ja ryhmätöitä. (Mustajoki – Lappalainen 2001: 32–36.)

4 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää painonhallintaryhmiin osallistuvien elintapaprofiileja. Pyrimme kartoittamaan, millaiset elintavat ja elämäntilanne näillä ihmisillä on siinä vaiheessa, kun painonhallintaryhmä on vasta alkamassa.

Tutkimuskysymykset muotoutuivat seuraavanlaisiksi:

1. Millaiset elintavat painonhallintaryhmiin osallistuvilla on ryhmän aloitusvaiheessa?
2. Vaihtelevatko elintavat koulutustaustan, paikkakunnan ja painoindeksin mukaan?

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että painonhallintaryhmiin hakeutuvien henkilöiden elintapaprofiilien tunteminen auttaa painonhallintaryhmien ohjaajia asiakkaiden motiivoinnissa, ohjauksessa sekä henkilökohtaisten tavoitteiden asettamisessa. Lisäksi pyrimme löytämään elintapaprofileista tiettyjä piirteitä, joiden avulla ryhmissä läpikäytäviä asioita voidaan kohdentaa vastaamaan asiakkaiden tarpeita paremmin.

5 Tutkimusaineisto ja menetelmät

5.1 Kyselylomake

Työmme aineistonkeruun suoritimme kyselylomakkeen avulla. Kyselylomaketta käytetään tiedon saamiseksi tutkittavasta asiasta esittämällä kysymyksiä. Mittausvälineenä kyselylomaketta voidaan käyttää yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisissä tutkimuksissa, katukyselyissä, mielipidetiedusteluissa, palautteissa ja soveltuvuustesteissä. (Vehkalahti 2008: 11.) Aineistonkeruumenetelmänä kyselylomake on yleisimmin käytetty kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 87). Kyselylomaketta voidaan käyttää monipuolisesti kaikenlaiseen arviointiin, koska sen avulla voidaan kerätä runsaasti tietoa. Lomake muotoutuu sen perusteella, mitä tutkija haluaa tietää. (Heikkilä 2008: 47.)

Teimme yhteistyössä hankkeen kanssa niin sanotun yhdistetyn peruskyselylomakkeen painonhallintaryhmille, johon otettiin valikoidusti valmiita kysymyksiä FINRISKI- ja AVTK-kyselylomakkeista (liite 1). Hanke käyttää kyseistä peruslomaketta omassa tutkimuksessaan. Tämän lisäksi hanke käyttää oman tutkimuksensa tiedonkeruussa myös muita kyselylomakkeita, joiden ulkoasun muokkauksessa olimme mukana.

Tässä opinnäytetyössä käytimme vain hankkeen käyttämää yhdistettyä peruskyselylomaketta kartoittamaan painonhallintaryhmiin hakeutuvien elintapoja (liite 1). Yhdistetty peruskyselylomake oli laaja, jonka vuoksi valitsimme tarkasteltavaksi työmme kannalta oleelliset kysymykset (32–34, 38–46, 50–51, 55, 58–59, 63, 66 ja 68). Kysymykset löytyvät myös liitteestä 5.

Kyselylomake oli pituudeltaan 12 sivua sisältäen 70 kysymystä. Lomakkeessa oli omat alaotsikot, joiden avulla on lajiteltu kysymysaiheita seuraavanlaisesti: terveyspalvelujen käyttö, terveydentila, tupakointi, ravinto, alkoholin käyttö, liikunta, pituus ja paino, sekä tottumusten muuttaminen (liite 1). Tärkeintä kokonaisuuden kannalta on, että osioiden sisältö on kunnossa ja se, että tiedetään mitä kysymyksillä pyritään mittaamaan (Vehkalahti 2008: 23).

Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla joko avoimia tai suljettuja. Avoimessa kysymyksessä vastaaja vastaa vapaamuotoisesti esimerkiksi numeroin. Suljetussa osiossa vastaaja valitsee valmiiksi annetuista vaihtoehtoista totuutta parhaiten kuvaavan. Valmiiden vaihtoehtojen pitäisi olla toisensa poissulkevia eli ne eivät saa mennä päällekkäin. (Vehkalahti 2008: 24.) Työssämme käytetty yhdistetty peruskyselylomake sisälsi niin avoimia kuin suljettuja kysymyksiä. Suljetut kysymykset olivat suurimmiksi osiksi monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset olivat numeerisia, eikä niihin voinut vastata lauseilla. (Liite 1.)

5.2 Elintapojen mittarit

Elintapojen mittarina toimi yhdistetystä peruskyselylomakkeesta poimitut kysymykset, joiden avulla vertailimme painonhallintaryhmiin hakeutuvien elintapoja taustamuuttujiin. Taustamuuttujina käytimme painoindeksiä, koulutustasoa ja asuinalueita. Muut työssämme käytetyt taustatiedot olivat siviilisäätö, opiskellut kouluvuodet sekä sukupuoli, mutta näitä emme pienen otoksen takia käyttäneet taustamuuttujina. Elintapojen lisäksi kyselylomakkeessa kartoitettiin vastaajien terveydentilaa ja terveyspalvelujen käyttöä. Terveyspalvelujen käyttöä kartoitimme kysymällä lääkärin ja hoitajan vastaanottokäyntien lukumäärää sekä sairaalahoidossa vietettyjen päivien määrää kuluneen vuoden aikana. Terveystilaa kartoitettiin kysymällä sairauslomapäivien määrää ja

pyytämällä vastaajaa arvioimaan omaa terveydentilaansa. Myös vastaajien pituus ja paino kysyttiin. Laskimme näistä myöhemmin painoindeksit. (Liite 1.)

Tupakointia mitattiin seuraavilla kysymyksillä: onko vastaaja tupakoinut koskaan elämänsä aikana, polttaako vastaaja nykyisin, haluaisiko vastaaja lopettaa tupakoinnin ja kuinka huolissaan vastaaja on tupakoinnin aiheuttamasta terveydellisestä vahingosta. Ravintotottumuksia mitattiin kysymyksillä, joissa kartoitettiin, syökö vastaaja yleensä aamupalaa, missä hän syö yleensä lounaan ja päivällisen arkisin ja onko hänellä mahdollisuutta työpaikka- tai oppilaitosruokailuun. Tähän aiheeseen kuuluivat myös kysymykset, joissa kysyttiin mitä rasvaa vastaaja käyttää enimmäkseen leivän päällä ja ruoanvalmistuksessa, kuinka usein hän on käyttänyt kuluneen viikon aikana eri ruokia ja juomia ja kuinka monta lasillista vastaaja juo maitoa tai piimää tavallisesti vuorokaudessa sekä minkälaista maitoa hän tavallisesti käyttää. (Liite 1.)

Alkoholin käyttöä kartoitettiin kysymällä: "Oletteko viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia?" ja "montako lasillista tai pullollista olette juonut edellisen viikon aikana olutta, long drink -juomia, väkevää alkoholia ja viiniä tai vastaavaa?" Lomakkeessa kysyttiin myös, kuinka usein vastaaja juo alkoholijuomia tavallisesti. Liikuntaa puolestaan mitattiin kysymällä: "Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyttte ja hikoilette?" Vastaajaa pyydettiin myös arvioimaan ruumiillista kuntoaan. (Liite 1.)

Tottumuksien muuttaminen oli viimeinen alaotsikko, jossa kartoitettiin onko vastaaja viimeksi kuluneen vuoden aikana muuttanut tottumuksiaan terveydellisten näkökohtien perusteella. Tässä osiossa kysyttiin mm. rasvan määrän vähentämisestä, rasvan laadun muuttamisesta, kasvisten käytön lisäämisestä, sokerin ja suolan käytön vähentämisestä, laihduttamisesta, liikunnan lisäämisestä ja alkoholin käytön vähentämisestä. (Liite 1.)

5.3 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmät voidaan jakaa primaari- ja sekundaariaineistoihin. Primaariaineistossa tieto kerätään juuri tiettyä tutkimusta varten ja se sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta kun taas sekundaariaineistot ovat muiden aikaisemmin keräämiä.

(Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 86). Työmme aineistonkeruumenetelmänä käytettiin primaariaineistoa.

Perusjoukolla tarkoitetaan sitä väestöryhmää, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Otannan ideana on yleistää otannasta saadut tulokset koskemaan perusjoukkoa. (Vehkalahti 2008: 42; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 79.) Aineistomme perusjoukko eli kohderyhmä muodostui Pieni päätös päivässä -painonhallintaryhmiin osallistuneista henkilöistä. Otos koostui 56 henkilöstä viideltä eri paikkakunnalta, joita olivat Karjaa, Lohja, Kerava, Loviisa ja Kirkkonummi. Keskimääräinen painonhallintaryhmän koko otoksessamme oli noin 10–11 henkilöä.

Aineiston keruun toteutui niin, että kaikki laatimamme kyselylomakkeet postitettiin hankkeen työryhmän toimesta PPP-painonhallintaryhmiä vetäville terveydenhoitajille, jotka jakoivat kysely- ja suostumuslomakkeet ryhmäläisille. Vastaajat täyttivät lomakkeet ryhmätapaamisen lopussa ja palauttivat ne ryhmänohjaajalle, joka lähetti ne edelleen HUS:in tutkimusryhmälle. Lomakkeet täytettiin ryhmän ensimmäisellä tapaamiskerralla. Työssämme käytettävän kyselylomakkeen vastaukset haimme hankkeen tutkimusryhmän jäseneltä Helsingin Biomedicumista tulosten koodausta varten. Palautimme kyselylomakkeet heille tilastoimisen jälkeen.

Saatekirje eli tiedote kertoo vastaajalle tutkimuksen perustiedot, jonka perusteella vastaaja joko motivoituu vastaamaan siihen tai pahimmassa tapauksessa hylkää koko kyselylomakkeen. Hyvällä saatekirjeellä voidaan herättää vastaajan kiinnostus ja vaikuttaa näin vastausten luotettavuuteen. (Vehkalahti 2008: 48.) PPP-painonhallintaryhmän jäsenille annettiin tiedote tutkimukseen osallistumisesta. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, kuka tutkimuksen suorittaa, mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään ja tutkimuksen yhteyshenkilöt. Saimme hankkeelta tiedotteen tekoa varten valmiin tiedotepohjan, jonka avulla saimme koottua tähän tutkimukseen tarkoitetun tiedon ryhmään osallistuville. (Liite 4.)

Ryhmäläisille jaettiin kirjallinen suostumuslomake, jossa he antoivat luvan käyttää antamiaan tietoja tutkimuksessa. Suostumuslomake oli liitetty tiedotteeseen, jonka avulla turvattiin, että tutkittava sai tietoa siitä, mihin oli osallistumassa. Suostumuslomakke-

seen käytimme valmista pohjaa, jota muokkasimme sopivaan käyttömuotoon tätä tutkimusta varten yhdessä hankkeen kanssa. (Liite 2.)

PPP-painonhallintaryhmissä käytetään seurantalomaketta, jonka avulla nähdään ryhmäläisten edistyminen. Seurantalomake on ryhmän vetäjää varten, johon hän merkitsee kunkin ryhmän jäsenen mittaustuloksia, jotka ovat merkittäviä ylipainossa ja sen liitännäissairauksissa. Lomakkeeseen merkitään seuraavat arvot aloitettaessa ja ryhmän päättyessä: paino, verenpaine, kolesterolit, triglyseridit, verensokeri ja vyötärön ympärys. (Liite 3.) Nämä tiedot menevät suoraan hankkeen käyttöön heidän tutkimustaan varten emmekä me käyttäneet niitä opinnäytetyössämme.

5.4 Analyysimenetelmät

Tutkimuksemme on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kyselytutkimus on ensimmäiseen määrällistä tutkimusta, jossa tavoitellaan yleiskäsityksiä ja sovelletaan tilastollisia menetelmiä (Vehkalahti 2008: 13). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa päätelmien teko perustuu havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin esim. prosenttitaulukoiden avulla (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 140). Pyrimme siis löytämään yhteisiä ja eroavia tekijöitä painonhallintaryhmiin hakeutuvien henkilöiden taustalta eli kartoittamaan heidän elintapaprofilia kyselylomakkeista saatujen vastauksien avulla.

Koodasimme kyselylomakkeiden vastaukset ensin Excel-taulukon avulla ylös, josta siirsimme valmiit tiedot PASW-ohjelmistoon (entinen SPSS-ohjelmisto). PASW on tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltu ohjelmisto. PASW-ohjelmiston avulla tulkitsimme tuloksia ristiintaulukoinnin, prosentti- ja frekvenssijakaumien avulla. Tässä prosessissa apunamme oli myös hankkeen erikoissuunnittelija Laura Suojanen ja tilastotieteen lehtori Päivi Leskinen.

Kyselylomakkeen hyvänä puolena on, että aineisto on helppo käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla. Itse tulosten tulkinta voi usein osoittautua kuitenkin ongelmalliseksi. (Hirsjärvi ym. 2009: 195.) Vaikka pääosin tuloksien ylösmerkitseminen oli työssämme suurilta osin selkeää, analysointivaiheessa huomasimme, että vastaajat olivat rengastaneet useamman vaihtoehdon kuin yhden. Jouduimme lisäämään vastauksia ylös kirjoitettaessa joidenkin kysymyksien kohdalle ylimääräisen

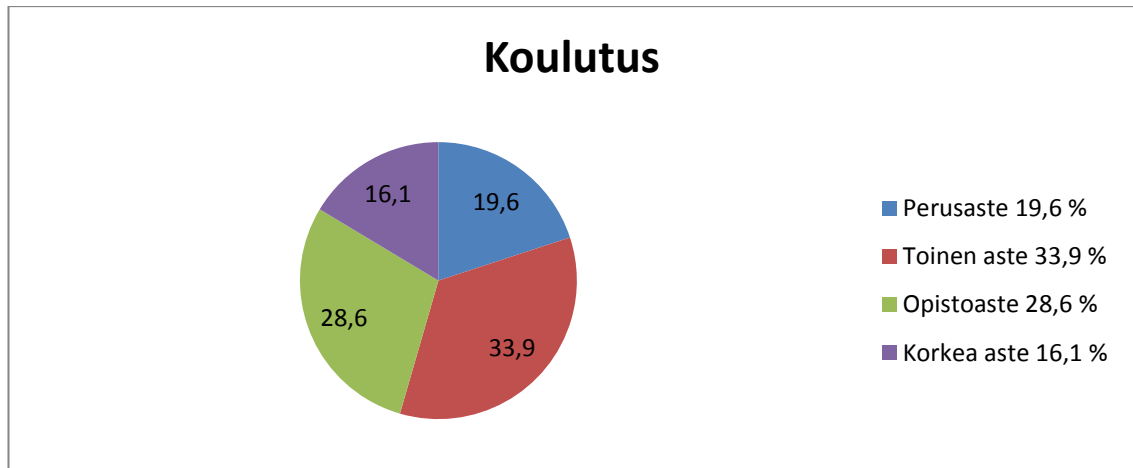
vastausvaihtoehdon, jossa otettiin huomioon molemmat vaihtoehdot, jotka vastaaja oli rengastanut. Tällaisia olivat kysymykset 42 ja 43, joissa selvitettiin rasvan laatua ruoanlaitossa ja leivän päällä. Monet olivat rengastaneet vaihtoehdot rypsiöljy ja voi, joten ylimääräiseksi vaihtoehdoksi teimme tilastointivaiheessa kohdan, joka sisälsi nämä molemmat vaihtoehdot yhdessä.

Myös avoimissa kysymyksissä muutamat vastaajat olivat laittaneet vastaukseksi arvon jostakin määrästä johonkin määrään, jolloin suoraa selkeää vastausta ei saatu. Tällainen kysymys oli esimerkiksi sairauspäivien määrä, johon jotkut olivat vastanneet 40–80 päivää. Näissä kysymyksissä tulkitsimme vastaukseksi lukujen väliin jäävän keskiarvon, jos kyseessä oli suuria lukuja. Eli kyseisessä tilanteessa sairauspäivien määräksi tulkitsimme luvun 60. Jos vastauksessa oli kyse pienemmistä luvuista kuten, juon maitoa 1–2 lasillista päivässä, tulkitsimme vastaukseksi aina suuremman luvun.

6 Tulokset

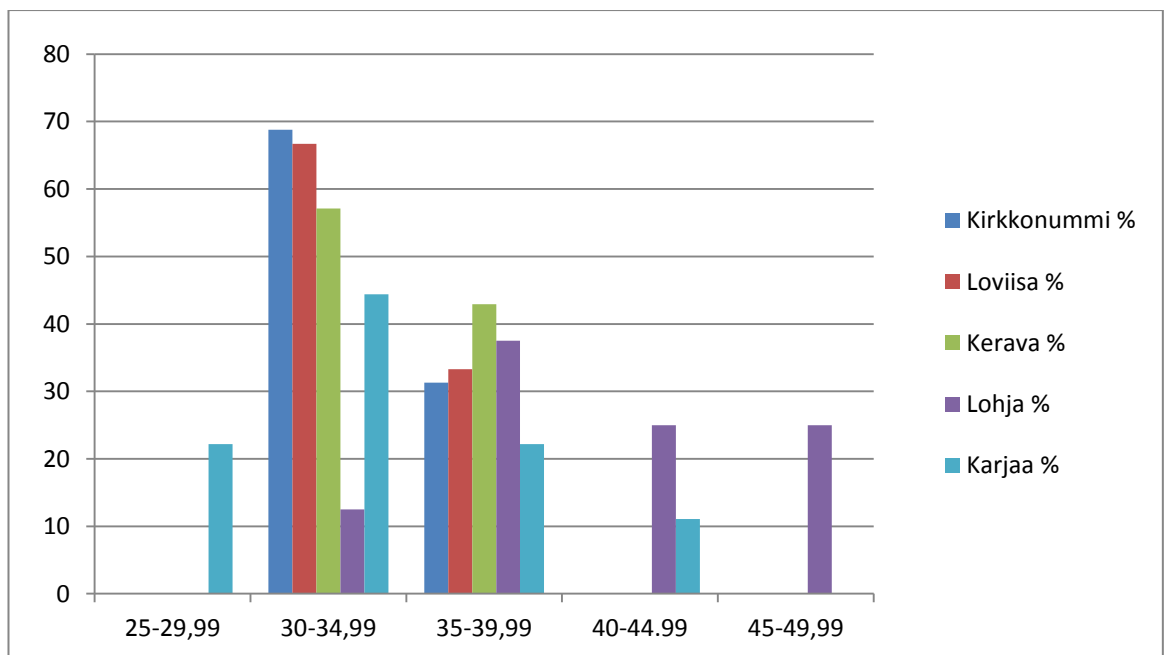
Vastaajat ($n = 56$) olivat viiden eri paikkakunnan asukkaita. Eniten vastaajia oli Kirkkonummelta (29 %). Reilu kolmannes oli koulutustaustaltaan käynyt ammattikoulun tai vastaavan (kuvio 1). Yli puolet kaikista osallistujista oli painoindeksiltään 30–34,99. 89 % tutkimukseen osallistuneista oli naisia ja vain 11 % miehiä. Kolme neljästä oli siviilisäädyltään naimisissa/avoliitossa ja eronneita oli 16 %. Naimattomia oli vain vajaat 2 %.

Paikkakunnittain tarkasteltuna keravalaisista 72 %, loviisalaisista 73 % ja karjaalaisista 88 % oli koulutustaustaltaan perusasteen ja toisen asteen käyneitä. Lohjalaisista taas 67 % ja kirkkonummelaisista 69 % oli käynyt joko opistoasteen tai korkea-asteen.



Kuvio 1. Vastanneiden koulutustaso (n = 56).

Lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla oli käyty keskimäärin viisi kertaa kuluneen vuoden aikana. Sairaalahoidossa oli oltu keskimäärin 4 päivää kuluneen vuoden aikana ja sairaslomapäiviä oli kertynyt noin 25. Osallistujien keskipaino oli 96,6 kg ryhmän alkamisvaiheessa. Lohjalaisista puolet oli painoindeksiltään yli 40 ja kirkkonummelaisista, keravalaisista ja loviisalaisista kaikki vastaajat olivat painoindeksiltään alle 40. (Kuvio 2.)

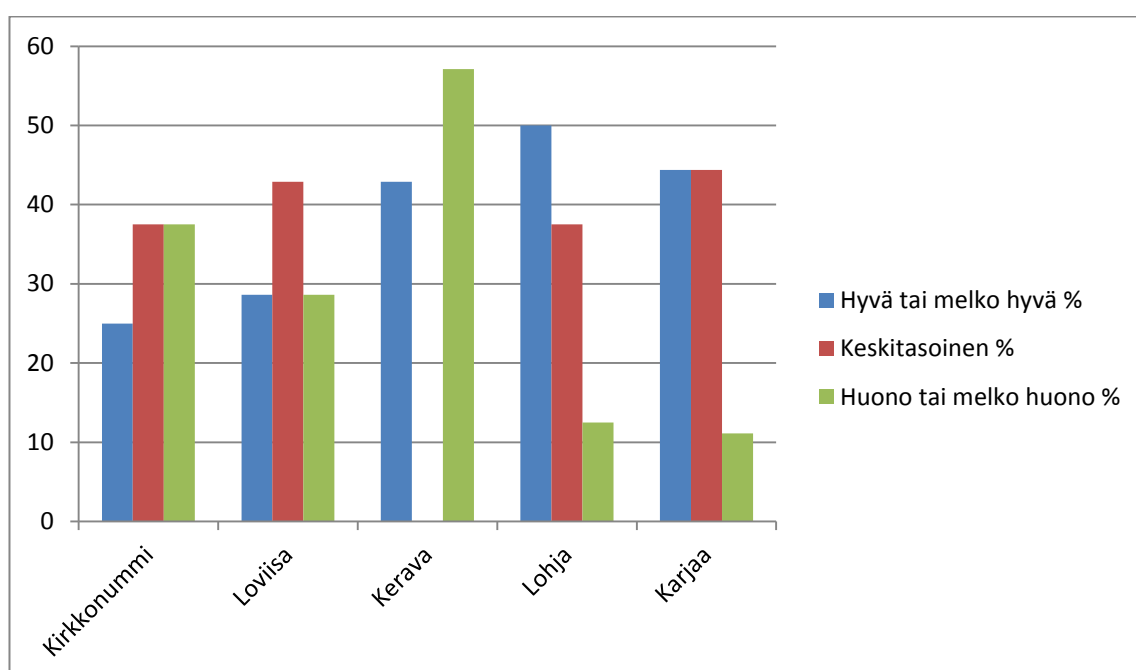


Kuvio 2. Painoindeksit paikkakunnittain (n = 56).

Vastaajista kolmasosa koki oman terveydentilansa keskitasoiseksi. Suurin osa koki terveytensä joko hyväksi tai melko hyväksi. Koettu terveys vaihteli koulutusasteen mukaan niin, että perusasteen ja opistoasteen käyneet henkilöt kokivat terveytensä

enimmäkseen melko hyväksi ja keskitasoiseksi. Myös toisen asteen käyneet kokivat terveytensä enimmäkseen keskitasoiseksi (42 %). Puolestaan korkea-asteen käyneistä 44 % koki terveytensä melko huonoksi.

Paikkakunnittain tarkasteltuna lohjalaiset ja karjaalaiset kokivat terveydentilan paremmaksi verrattuna muiden paikkakuntien ryhmäläisiin. Heistä yli 87 % koki terveytensä olevan vähintään keskitasoinen tai parempi, kun taas keravalaisista yli puolet koki terveydentilansa olevan melko huono. (Kuvio 3.) Painoindeksillä ei ollut merkitystä koettuun terveyteen.



Kuvio 3. Koettu terveys paikkakunnittain (n = 56).

6.1 Ruokailutottumukset

84 % kyselyyn osallistuneista söi yleensä aamupalan. Vastaajista lähes kolmasosa söi lounasta työpaikkaruokalassa kun taas jopa 43 % söi lounasta kotona. Muutama vastanneista ei syönyt lounasta lainkaan. Päivällisen suurin osa vastanneista söi arkisin kotona. Pieni osa söi päivällistä töissä tai työpaikkaruokalassa. Vain alle puolella oli mahdollisuus työpaikkaruokailuun ja koulutustasolla ei ollut suurta merkitystä työpaikkaruokailun mahdollisuuteen. 1/3 vastanneista (keravalaisista 83 %, lohjalaisista noin

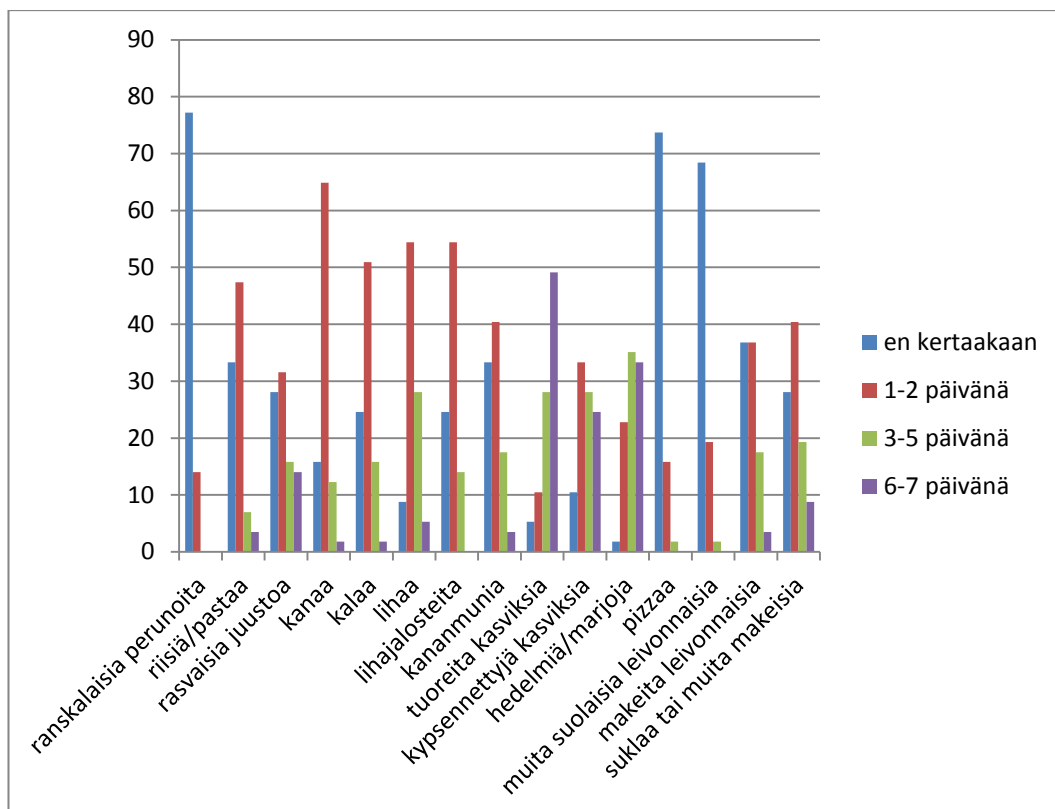
kolmannes sekä karjaalaisista neljännes) ei ollut ryhmän alkamishetkellä työssä eikä opiskellut.

38 % vastaajista käytti ruoanvalmistuksessa kasviöljyä. Monessa taloudessa käytettiin myös sekä kasviöljyä että voita, mutta pelkkää voita ruoanvalmistuksessa käytti vain 9 %. Myöskään leivän päällä voita ei juuri käytetty. Sen sijaan levitteenä kolmasosa käytti Oivariinia ja jopa 43 % käytti enimmäkseen 40 prosentista levitettä. Jopa puolet ilmoitti syövänsä kalaa 1–2 päivänä viikossa suositusten mukaisesti. Toisaalta 25 % ei ollut syönyt kalaa lainkaan kuluneen viikon aikana.

34 % vastaajista ei juonut maitoa lainkaan. Kuitenkin maitoa nauttivat vastaajat kertoivat juoneensa rasvatonta maitoa, eikä täysmaitoa käytetty juuri lainkaan. Keskimäärin maitoa juotiin 1 lasi päivässä. Vähiten maitoa joivat korkeakoulun tai opistoasteen käyneet, kun taas eniten maitoa joivat peruskoulun suorittaneet.

Lähes puolet kyselyyn vastanneista totesi syöneensä tuoreita kasviksia/juureksia 6–7 päivänä kuluneen viikon aikana ja valtaosa oli syönyt edes jonkin verran kasviksia. Korkeakoulun tai opistoasteen käyneet olivat suurin ryhmä, jotka olivat syöneet kasviksia 6–7 päivänä viikossa. Kukaan korkeakoulun käynyt ei ilmoittanut, ettei söisi kertaakaan kasviksia viikon aikana. Kolmasosa oli nauttinut kuluneen viikon aikana hedelmiä tai marjoja 6–7 päivänä ja toinen kolmas vastasi syöneensä niitä 3–5 päivänä. Toisen asteen koulutuksen käyneistä 37 % ilmoitti syövänsä 6–7 kertaa viikossa marjoja tai hedelmiä, kun korkeakoulun käyneillä vastaava luku oli 22 %. Kasvisten käytöllä ja työpaikkaruokailulla ei ollut merkittävää yhteyttä. 7 % jätti vastaamatta kysymyksen.

Yli 75 % ei ollut syönyt kuluneen viikon aikana ”pikaruokaa” kuten pizzaa tai ranskalaisia perunoita. Alle 20 % oli syönyt muita niin sanottuja herkkuja 3–5 päivänä edellisenä viikkona. 3/4 ilmoitti syövänsä suklaata tai muita makeisia vain 1–2 päivänä tai ei lainkaan. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Ruokien ja juomien käyttö kuluneen viikon aikana (n = 56).

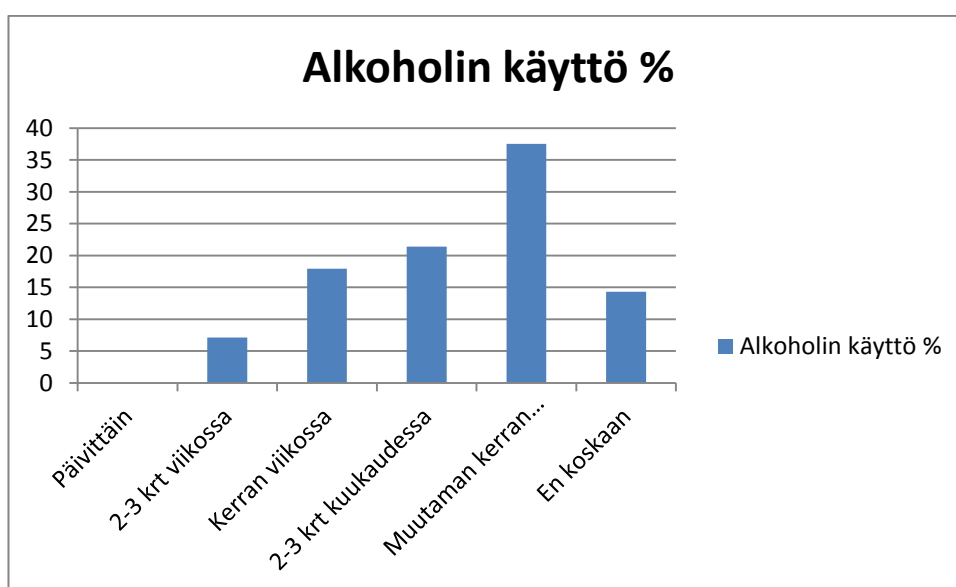
6.2 Tupakointi

Tutkimukseen osallistuneista 13 % tupakoi päivittäin, 2 % satunnaisesti ja loput kysymykseen vastanneista eivät tupakoineet lainkaan ryhmien alkamishetkellä. Noin 39 % vastaajista ei ollut koskaan tupakoinut elämänsä aikana. Tupakoivista vastaajista tupakoinnin halusi lopettaa 15 % ja 39 % vastasi, ettei osaa sanoa. Korkeakoulun suorittaneista kukaan ei tupakoinut. Päivittäin tupakoivista 57 % oli toisen asteen suorittaneita.

80 % tupakoivista vastaajista on yrittänyt joskus lopettaa tupakoinnin. Tässä kysymyksessä on otettava huomioon, että myös aikaisemmin tupakoineet, mutta tupakoinnin lopettaneet ovat oletettavasti vastanneet tähän kysymykseen sillä vastaajien määrä oli tässä kysymyksessä suurempi kuin tällä hetkellä päivittäin ja satunnaisesti tupakkaa polttavien vastaajien määrä. 80 % oli edes jollakin tasolla huolissaan tupakoinnin haitasta terveyteen.

6.3 Alkoholi

Neljä viidestä oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Eniten alkoholia käytettiin muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. 14 % oli täysraittiita (kuvio 5). Koulutustaustaltaan toisen asteen ja opistoasteen käyneistä enemmistö oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Korkea-asteen käyneistä 63 % käytti alkoholia kerran viikossa, mutta 40 % opistoasteen käyneistä ja 45 % toisen asteen käyneistä kertoi käyttäneensä alkoholia muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Eniten henkilöitä, jotka eivät käyttäneet ollenkaan alkoholia, löytyi perusasteen ja opintoasteen käyneistä.



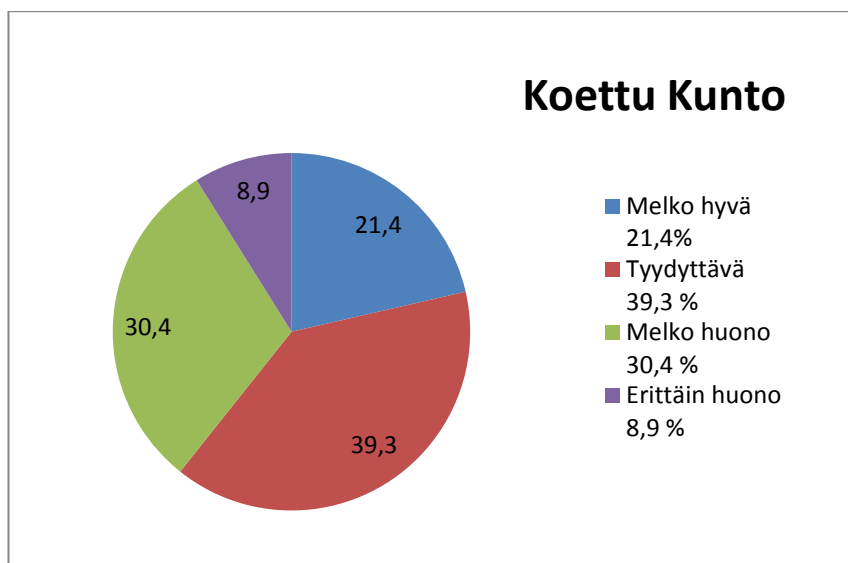
Kuvio 5. Alkoholin käyttö prosenttilukemina (n = 56).

6.4 Liikunta

Hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla, vähintään puoli tuntia kerrallaan, harrastettiin eniten kerran viikossa, mutta lähes 18 % vastaajista harrasti liikuntaa 3 kertaa viikossa. Perusasteen käyneistä enemmistö harrasti liikuntaa kolme kertaa viikossa tai enemmän kun taas korkea-asteen käyneistä suurin osa harrasti liikuntaa kaksi kertaa viikossa tai harvemmin. Painoindeksiluokkaan 25–29,99 kuuluneista vastaajista kaikki harrastivat hengästyttävää liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan 4–6 kertaa viikossa tai päivittäin kun taas painoindeksiltään 45–49,99 olevista vastaajista kaikki harras-

tivat liikuntaa 2–3 kertaa kuukaudessa tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Toisaalta on huomioitava, että molemmissa painoindeksiluokissa vastaajia oli vain 4 %.

39 % vastaajista koki oman kuntonsa tyydyttäväksi ja viidesosa melko hyväksi (kuvio 6). Perusasteen käyneistä yhdeksän kymmenestä ja toisen asteen käyneistä 60 % koki oman kuntonsa tyydyttäväksi tai melko hyväksi. Opistoasteen ja korkea-asteen käyneistä näin koki vajaa puolet.

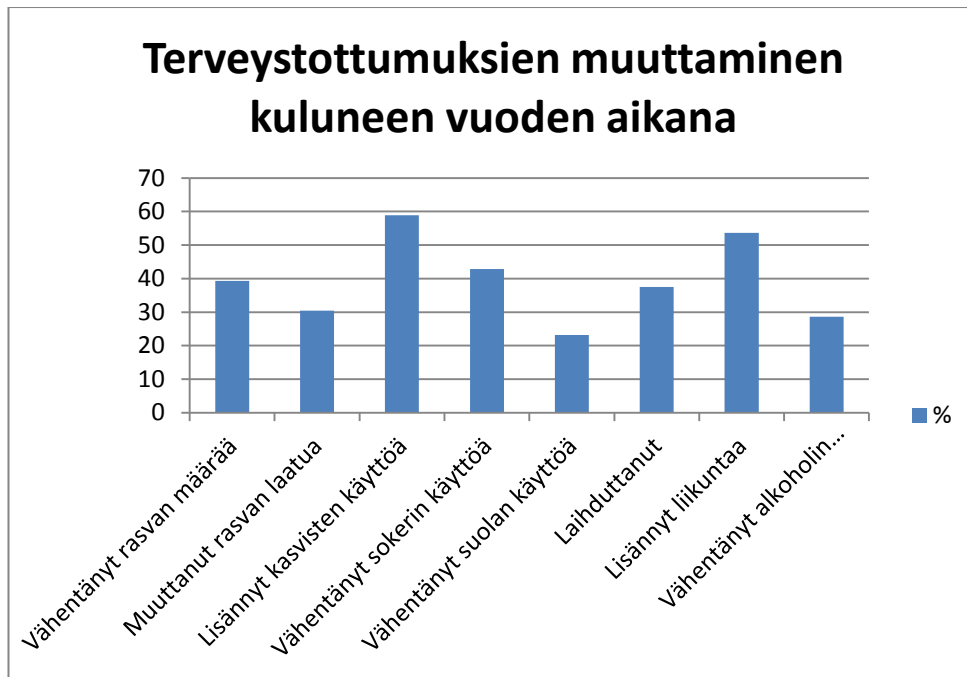


Kuvio 6. Koettu kunto prosenttilukemina (n = 56).

6.5 Terveystottumusten muuttaminen

Eniten muutosta terveystottumuksissa kuluneen vuoden aikana oli tapahtunut liikunnan harrastamisen (54 %) ja kasvisten käytön (59 %) suhteen. Vähiten muutosta oli tapahtunut suolan käytön suhteen sillä suolan käyttöä oli vähentänyt vain 23 %. Alkoholin käyttöä oli vähentänyt vajaa kolmannes. Koulutusryhmittäin tarkasteltuna kaikista muista ryhmistä, paitsi opistoasteen käyneistä, ainakin puolet oli lisännyt kasvisten käyttöä viimeisen vuoden aikana. Toisen asteen käyneistä jopa 75 % oli lisännyt kasvisten käyttöä. Perusasteen käyneistä 70 % oli lisännyt liikuntaa viimeisen vuoden aikana kun taas korkea-asteen käyneistä vain kolmannes.

Karjaalaisista vain yksi viidestä oli vähentänyt rasvan määrää ja muuttanut sen laatua, mutta keravalaisista jopa 70 % oli vähentänyt rasvan määrää, mutta muutosta rasvan laadun suhteen ei ollut tapahtunut. Jokaisesta ryhmästä yli puolet oli lisännyt kasvisten käyttöä kuluneen vuoden aikana, mutta eniten sitä oli lisätty Karjaalla. Karjaalaisista 78 % oli lisännyt liikuntaa kun taas 71 % loviisalaisista ei ollut lisännyt liikuntaa kuluneen vuoden aikana. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Terveystottumusten muuttaminen kuluneen vuoden aikana (n = 56).

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyömme on osa suurempaa tutkimushanketta, joten sen eettiset näkökulmat on otettu jo hankkeen puolesta huomioon. Tutkimussuunnitelma on käsitelty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Medisiinisen tulosityksikön eettisessä toimikunnassa ja siihen on saatu heiltä hyväksyntä.

Koko hankkeen tutkimuksessa noudatetaan ihmisiä koskevan terveystutkimuksen eettisiä periaatteita: tutkittavien elämää, terveyttä, yksityisyyttä ja ihmisarvoa varjellaan. Osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavat saavat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta ja sen tavoitteista. Tutkittavat antavat myös kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuvista henkilöistä muodostuu henkilörekisteri, jota käsitellään henkilötietolain (523/99) mukaan ja josta laaditaan lain 10 §:n mukainen rekisteriseloste.

Otoskoko on tärkeä ja vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen yhtenä osana, jotta saadaan mahdollisimman tarkka kuvaus perusjoukosta, johon tutkimuksen tulokset voidaan yleistää (Vehkalahti 2008:43). Suunnitelmanamme oli koota aineisto kolmesta ryhmästä. Koska ryhmien varsinainen koko osoittautui kuitenkin luultua pienemmäksi (noin 10 henkilöä), päätimme ottaa aineistoon viisi ryhmää ($n = 56$), jottei työmme luotettavuus kärsisi. Koemme otoksen olevan tarpeeksi suuri antaakseen vastauksen tutkimuskysymyksiimme yleisellä tasolla.

Kyselylomakkeissa näkyy tutkittavan nimi ja syntymäaika, mutta vastaukset on koodattu tietokoneelle nimettömänä suojellaksemme osallistuvien henkilöiden yksityisyyttä. Näin ollen tuloksia tulkitessa koneelta vastaukset ovat nimettömiä, eikä niitä voida yhdistää tiettyyn ihmiseen. Itse vastauslomakkeet on kuitenkin merkitty numeroin, jotta tulosten oikeellisuus ja mahdolliset virheet ovat tarkastettavissa. Toisaalta vastauksien luotettavuus on saattanut heikentyä, koska kyselylomakkeet postitettiin terveydenhoitajille, joka myös keräsi täytetyt lomakkeet takaisin. Ryhmäläiset saivat tiedon, että lomakkeet ovat vain tutkimustarkoitukseen, eivätkä muut kuin tutkimusta suorittavat henkilöt pääse käsiksi papereihin. Lomakkeita säilytetään lukollisessa kaapissa Biomedicum-tutkimuslaitoksen tiloissa.

Ihmiset täyttävät kyselyitä jatkuvasti, joten vastausväsymystä ilmenee paljon. Lomaketta laatiessa tulisi miettiä, onko lomaketta mahdollista tiivistää ja kysymyksiä jättää pois. Vastaamisen tulee olla mahdollisimman helppoa ja selkeää, eikä täyttämisen pitäisi viedä tuhattomasti aikaa. Kyselyn laatijallekin pitkä lomake voi tuottaa ongelmia. Vastauksia tarkastellessa väsähtää ja mahdolliset ongelmat jäävät helpommin huomaamatta. Kyselylomakkeen toimivuutta onkin hyvä testata etukäteen. Näin nähdään,

ovatko kysymykset ja ohjeet ymmärretty oikein ja onko jotakin turhaa kysytty tai tärkeää jäänyt kysymättä. (Vehkalahti 2008: 48.)

Käyttämämme lomakkeen kysymykset ovat hyvin muotoiltuja, helposti lukijalle ymmärrettävissä ja ne on koettu hyväksi, koska ne ovat toisissa tutkimuksissa (FINRISKI ja AVTK) käytettyjä. Kyselylomake on kuitenkin melko raskas sen pituuden ollessa 12 sivua, joten huoleksi nousee lukijan kyky keskittyä täyttämään huolella lomake alusta loppuun asti. Herääkin kysymys, onko lukija jaksanut miettiä vastaukset huolellisesti.

Mittauksen luotettavuutta kuvaillessa käytetään termejä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti kertoo, onko tutkittu sitä mitä piti. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, koska jos emme mittaa oikeaa asiaa, ei reliabiliteetillaan ole enää merkitystä. Reliabiliteetti puolestaan kertoo, miten tarkasti on mitattu. Mittauksen reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän on mittausvirheitä tehty. Käytännössä reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2009: 231.) Mittauksen lisäksi tiedonkeruu on epävarmuuden aiheuttaja tilastollisessa tutkimuksessa. Kokonaisluotettavuus edellyttää luotettavuutta niin mittaukselta kuin tiedonkeruun osiolta. Molemmista on huolehdittava mahdollisimman hyvin, sillä molemmat ovat ainutkertaisia vaiheita. (Vehkalahti 2008: 41-42.)

Meidän tutkimuksemme on validi, koska tutkimme sitä, mitä alun perin oli tarkoitus. Tulokset antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Otoksemme ($n = 56$) oli pienehkö, mutta tuloksemme tukevat suurelta osin aiempien tutkimuksien tuloksia koko väestön elintapojen suhteen. Suuremmalla otoksella tulokset olisivat kuitenkin helpommin yleistettävissä. Tutkimus on helposti toistettavissa, koska valmiit, yksinkertaiset lomakkeet ovat jo olemassa ja vastauksia on helppo tulkita. Lomakkeet ovat lisäksi käytössä koko tutkimushankkeessa, mikä lisää luotettavuutta.

7.2 Tulosten tarkastelu

Suurin osa ryhmiin osallistuneista oli avioliitossa tai parisuhteessa eläviä henkilöitä. Tulosten mukaan ryhmiin osallistuu enemmän naisia kuin miehiä. Ammattikoulun tai lukion suorittaneita oli muihin koulutusryhmiin nähden eniten. Koulutustausta ei ollut ylipainon määrään vaikuttava tekijä, mutta sen sijaan tulokset osoittivat, että Lohjan

ryhmässä oli painoltaan suurimmat henkilöt ja lievimmän ylipainoiset olivat Karjaalta. Mielenkiintoista onkin se, että juuri lohjalaiset ja karjaalaiset olivat ne ryhmät, jotka kokivat terveytensä paremmaksi kuin muut ryhmät. Keravalaiset sen sijaan kokivat terveytensä suurilta osin huonoksi. Tuloksista ilmeni lisäksi, että keravalaisista myös 83 % ei ollut työssä eikä opiskellut. Näin voimme olettaa, että työttömyys todennäköisesti heikentää koetun terveyden laatua. Sen sijaan koettu terveys ei ollut selkeästi riippuvainen ylipainon määrästä.

Korkeammin koulutetut kokivat terveytensä huonommaksi kuin muun koulutusasteen käyneet. Syy voi löytyä siitä, että korkeammin koulutetuilla on todennäköisemmin laajempaa tietopohjaa terveyteen liittyvissä asioissa ja he saattavat näin ollen suhtautua omaan terveyteensä kriittisemmin. Toisaalta tulos voi johtua myös siitä, että korkeammin koulutetut ovat todennäköisemmin istumatyössä, joka saattaa vaikuttaa koettuun terveyteen heikentävästi vähäisen arkiliikunnan vuoksi. Korkeasti koulutetut harrastivat myös varsinaista hengästyttävää liikuntaa vähemmän verrattuna toisen asteen tai peruskoulun suorittaneisiin. Tulokset poikkesivat tuoreen AVTK- tutkimuksen tuloksista. Helakorven ym. (2012: 25) mukaan koulutusryhmien väliset erot vapaa-ajan liikunnassa näkyvät miesten kohdalla, mutta naisten kohdalla erot ovat pienempiä. Vastaajistamme 89 % oli kuitenkin naisia. Myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan korkeasti koulutetut harrastavat enemmän varsinaista kuntoliikuntaa verrattuna alemmin koulutettuihin (THL 2009, Liikunta). Kaikkiaan ryhmiin osallistuvat eivät harrastaneet liikuntaa riittävästi, mutta koko väestöön verrattuna suurta eroa ei löytynyt. Ryhmäläisistä 45 % ja koko väestöstä hieman yli puolet (Helakorpi ym. 2012: 19) harrastivat liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Painoindeksillä ja paikkakunnalla ei ollut selvää yhteyttä harrastetun liikunnan määrään.

Tulosten perusteella painonhallintaryhmiin osallistuneiden ruokailutottumukset näyttivät olevan melko terveelliset jo ryhmän alkaessa. Osallistujien ruokailurytmi oli hyvä, koska he nauttivat aamiaisen, lounaan ja päivällisen. ”Herkkuja” he eivät maininneet syöneensä paljon. Rasvan laatu oli suurella osalla hyvää ja vain harva käytti leivän päällä voita. Myös koko väestössä voita käytetään leivän päällä vähän (Helakorpi ym. 2012: 16).

Huolestuttavaa oli, että kolmasosa ei juonut maitoa ollenkaan eivätkä suositukset täytyneet maitoa juovien kohdalla. Poikkileikkaustutkimusten mukaan runsaasti maitoa kuluttavat ovat laihempia kuin muut (Valsta ym. 2008: 36), joten maidon yhteydestä painonhallintaan voisi keskustella ryhmissä. Maitoa suositellaan nautittavaksi noin puoli litraa päivässä ja maitovalmisteiden tulisi olla rasvattomia ja vähärasvaisia (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005:37). Kuitenkin positiivista oli se, että suurin osa maitoa juovista ilmoitti juovansa rasvatonta maitoa. Myös kevään 2011 AVTK- tutkimuksessa rasvattoman maidon käyttö oli ruokajuomana yleistä (Helakorpi ym. 2012:16).

Ryhmäläiset nauttivat kasviksia usein. Lähes puolet vastaajista oli nauttinut kasviksia 6-7 päivän aikana kuluneella viikolla ja myös Helakorven ym. (2012: 16) mukaan naisista lähes puolet ja miehistä noin kolmasosa nauttii päivittäin kasviksia. Valitettavasti kysymyksen luonteen vuoksi emme pystyneet selvittämään, miten iso vastaajan kasvisannos oli ja kuinka monta kertaa päivässä annoksia nautittiin. Voi siis olla, että kasvien syönti ei ole lähellä suomalaisia suosituksia (1/2 kiloa päivässä) ja kasvien todellinen käyttö jää kyseenalaiseksi.

Henkilöt, jotka olivat kouluttautuneempia, söivät enemmän kasviksia, kuin alemmin kouluttautuneet. Syy voi johtua yleisestä luulosta, että kasvien hinta olisi suuri, jolloin kasviksia ei osteta usein. Tähän viittaa myös Alahuhdan ym. (2009: 263) tutkimus, jossa tutkittiin elintapamuutoksen hyötyjä ja haittoja tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien henkilöiden kuvaamana. Tutkittavien henkilöiden mukaan yksi elintapamuutoksen haittatekijöistä oli terveellisen ruoan hintavuus. Toisaalta pohdimme myös, että korkeakoulutettujen tietoperusta voi saada heidät ostamaan monipuolisempaa ravintoa. Mahdollisuudella työpaikkaruokailuun ei ollut merkitsevää yhteyttä runsaaseen kasvien käyttöön ryhmäläisten kohdalla. Asuinpaikalla ja painoindeksillä ei ollut myöskään suurta vaikutusta ruokavalioon.

Tulosten mukaan melkein kaikki ryhmään osallistujat käyttivät alkoholia. Alkoholin käyttö ei kuitenkaan ollut riskikäyttöä, vaan yleisesti alkoholia käytettiin pieniä määriä ja harvoin. Eroja oli huomattavissa koulutustaustan mukaan. Korkeakoulun suorittaneet saattoivat juoda kerran viikossa, mutta vain 1–2 annosta. Alemmin koulutetut sen sijaan joivat harvemmin. Koulutusluokkien välisiä eroja alkoholin käytössä tukevat myös muut tutkimukset (Helakorpi ym. 2012: 24; Mäkelä 2010: 255). Alkoholin kulutuksessa

ei löytynyt merkittäviä eroja paikkakuntia ja painoindeksiä tarkasteltaessa. Alkoholin käyttöä arvioitaessa on kuitenkin huomioitava, että kyselytutkimuksen tulokset antavat usein liian alhaisen arvion alkoholin kulutuksesta (Peltonen ym. 2008: 15).

Tutkimustulosten mukaan tupakointi ei ollut yleistä ryhmiin osallistuvien keskuudessa. Tupakoinnissa oli eroja eri koulutusryhmien välillä, jota tukee myös Helakorven ym. (2012: 22) ja Paavolan (2006: 40–42) tutkimukset. Niiden mukaan työelämässä korkeammassa asemassa olevat tupakoivat harvemmin. Sen sijaan tupakoinnin ja paikkakunnan väliltä ei löytynyt merkittävää yhteyttä. Myöskään painoindeksi ei ollut verrannollinen tupakointiin.

Pääosin painonhallintaryhmiin hakeutuvien elintavat näyttivät hyvältä. Suurin osa vastasi yrittäneensä tehdä muutoksia liikunnan ja ruokailutottumuksien suhteen. Tämä saattaa olla syynä siihen, miksi tulokset olivat jo ryhmän alkamisvaiheessa kohtalaisen hyvät. Mietimme myös, voisiko vertaistuen hakeminen ryhmästä olla suurin syy hakeutua ryhmään, kun yksin toimiminen painonhallinnassa ei ole elintapojen muutoksista huolimatta onnistunut. Monet saattavat myös kaivata motivaatiota ja kannustusta alan ammattilaiselta. Similän ym. (2006: 3827) tutkimuksen mukaan naisten ruokavalio on lähempänä suosituksia. Tämä on myös saattanut vaikuttaa jonkin verran tuloksiin, sillä vastaajista 89 % oli naisia.

Terveellisiltä vaikuttavien elintapojen vuoksi pohdimme, ovatko lomakkeen täyttäneet henkilöt ymmärtäneet kysymykset tarkoitettulla tavalla? Lomake on melko raskas täyttää ja lisäksi vastaajien tuli samalla vastata muihinkin kyselylomakkeisiin, joten mietimme olivatko vastaajat väsyneitä, eivätkä pohtineet kunnolla vastauksiaan. Lomakkeet täytettiin ryhmätapaamisen aikana, joten aika oli rajallinen. Pohdimme, ovatko ryhmäläiset aliraportoineet elintapojaan. Muiden vastaajien läsnäolo näinkin arkaluontoisessa aiheessa on voinut saada vastaajat hieman kaunistelemaan vastauksiaan. Mahdollisesti myös ryhmäläiset ovat saattaneet vastata kysymyksiin varauksella, koska ryhmänohjaaja keräsi lomakkeet lopuksi pois.

7.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyömme tulokset osoittavat, että vastaajien ruokailutottumukset olivat terveelliset ja ateriaritmi oli säännöllinen. Elintapaprofiiliin kuului riittävä kasvisten käyttö, hyvä rasvan laatu sekä ”herkkujen” ja alkoholin kohtuullinen käyttö. Myöskään tupakointia ei esiintynyt paljon ryhmäläisten keskuudessa. Näin ollen oletamme annoskoon ja ruoka-aineiden välisten suhteiden olevan merkittävä tekijä ryhmäläisten ylipainoon. Lisäksi ryhmäläisten keskuudessa liikunnan harrastaminen oli melko vähäistä, joka on luultavasti ylipainon taustalla.

Painonhallintaryhmiin hakeutuvien kohtuullisen hyvät elintavat saattavat johtua siitä, että suurin osa oli jo kuluneen vuoden aikana muuttanut elintapojaan paremmiksi ennen ryhmien alkamista. Ryhmäläisiltä löytyy tämän perusteella muutosvalmiutta ja motivaatiota elintapamuutoksen aikaansaamiseksi. Haasteena ryhmänohjaajalle on ylläpitää motivaatiota läpi tapaamiskertojen.

Ryhmäläisten elintavat olivat kokonaisuudessaan lähellä koko väestön elintapoja. Eniten eroja elintavoista löytyi koulutusryhmittäin. Myös paikkakunnittaisia eroja oli jonkin verran. Sen sijaan painoindeksi ei ollut terveellisiin elintapoihin yhdistettävissä ryhmäläisten kohdalla.

Painonhallintaryhmiin hakeutuu enemmän naisia. Kehittämishaasteeksi nousee miesten osallistumisen kannustaminen ryhmiin. Tämä tasapainottaisi ryhmädynamiikkaa ja mahdollistaisi miesten välisen vertaistuen toteutumisen muun vertaistuen rinnalla. Mustajoen ja Lappalaisen (2001: 31) mukaan naisvaltaisessa ryhmässä yhden miehen on yleensä vaikea menestyä. Yhtenä vaihtoehtona Mustajoki ja Lappalainen näkevät erillisten ryhmien järjestämisen naisille ja miehille. Myös mahdollisten uusien tutkimusten kannalta olisi hyvä jos ryhmissä olisi enemmän miehiä, koska sukupuolten välisiä eroja olisi tällöin helpompi tutkia.

Vastausten perusteella tarpeellisiksi esiin otettaviksi aiheiksi tulevaisuudessa ryhmissä nousi liikunnan ja maidon juonnin merkitys painonhallintaan. Mielestämme myös eri ruokaryhmien annoskokoja tulisi ryhmässä käydä keskustellen läpi ruokaympyrän ja annosmallin avulla. Ryhmäläisiltä voisi kysyä, minkä kokoisen kasvisannoksen he mieltävät riittäväksi esimerkiksi ovatko kurkkuviipaleet leivän päällä yksi kasvisannos.

Elintavat näyttivät olevan lähellä suosituksia, joten jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia saman otoksen edistymistä ryhmissä. Tulosten tarkasteluvaiheessa totesimme otoksen olevan näin laajaan tutkimukseen melko suppea. Näin ollen toiveenamme on, että tutkimus toistettaisiin suuremmalla otoksella. Varsinkin painoindeksin vaikutuksia tarkasteltaessa pieni otos osoittautui haasteeksi, koska eri painoindeksiluokissa saattoi olla vain yksittäisiä henkilöitä.

Kun asiakkaiden elintavat tiedostetaan, on niistä helpompi keskustella ja ehdottaa vaihtoehtoisia toimintatapoja. Tämä vähentää myös asiakkaiden kynnystä puhua omista mahdollisesti arkaluonteisista asioistaan ryhmässä ja saattaa myös edistää keskustelun syntyä ja vertaistuen merkitystä. Elämäntapaprofiilien tunteminen voi helpottaa myös terveydenhuollon ammattilaisia ottamaan painonhallintaryhmät puheeksi asiakkaan kanssa vastaanottotilanteissa, kun heitä ohjataan ja kannustetaan hakeutumaan ryhmiin.

Lähteet

Alahuhta, Maija – Korkikangas, Eveliina – Kyngäs, Helvi – Laitinen, Jaana 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede* 21 (4) 259–268.

Alahuhta, Maija – Ukkola, Tanja – Korkikangas, Eveliina – Jokelainen, Terhi – Keränen, Anna-Maria – Kyngäs, Helvi – Laitinen, Jaana 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. *Tutkiva hoitotyö* 8 (2) 4–13.

Aro, Antti 2008. Alkoholi. *Terveyskirjasto*. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00065>. Luettu 3.3.2012.

Borodulin, Katja – Sipilä, Noora – Raulio, Susanna – Mäkinen, Tomi – Talala, Kirsi – Prättälä, Ritva 2012. Mitä on eriarvoisuus elintavoissa. *Terveiden ja hyvinvoinninlaitos*. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat>. Luettu 23.2.2012.

Borodulin, Katja – Raulio, Susanna – Vesalainen, Mari 2012. Ravitsemus. *Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos*. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat/ravitsemus>. Luettu 30.3.2012.

Broms, Ulla 2008. *Nicotine Dependence and Smoking Behaviour, A genetic and Epidemiological Study*. Department of Public Health, University of Helsinki.

Erkkola, Maija-Liisa – Kyttälä, Pipsa – Kronberg-Kippilä, Carina – Ovaskainen, Marja-Leena – Tapanainen, Heli – Veijola, Riitta – Simell, Olli – Knip, Mikael – Virtanen, Suvi 2010. Alle kouluikäisten lasten ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. *Lääkärilehti* 65 (34) 2665-2673.

Heikkilä, Tarja 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki. Edita.

Helakorpi Satu – Pajunen Tuuli – Jallinoja Piia – Virtanen Suvi – Uutela Antti 2011. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010*. Helsinki. THL.

Helakorpi Satu – Holstila, Anna-Leena – Virtanen, Suvi – Uutela, Antti 2012. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011*. Helsinki. THL.

Heliövaara, Markku – Rissanen, Aila 2007. *Lihavuus ja painonhallinta*. Teoksessa Prättälä, Ritva – Paalanen, Laura (toim.): *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus*. Helsinki. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B2/2007.

Heinonen, Liisa 2011. *Ravinnon ja ravintoaineiden tarve*. Diabetes, *Terveyskirjasto*. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00604>. Luettu 4.3.2012.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Huttunen, Jussi 2011. Terveellinen ruoka. Lääkärikirja Duodecim, Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00935>. Luettu 15.4.2012.

Husu, Pauliina – Paronen, Olavi – Suni, Jaana – Vasankari, Tommi 2010. Suomalaisen fyysinen aktiivisuus ja kunto. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja.

Ikonen, Tuija S. – Anttila, Heidi – Gylling, Helena – Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Saarni, Samuli – Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Helsinki: THL.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006. Helsinki: Suomen kuntaliikuntaliitto.

Kaukua, Jarmo 2006. Terveysteen liittyvä elämänlatu ja lihavuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122 (10). 1215-1224.

Käypä hoito 2011. Lihavuus (aikuiset). Käyvän hoidon potilasversiot. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../hoi24010>>. Luettu 7.2.2012.

Käypä hoito 2009, Dyslipidemiat. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi50025>. Luettu 8.3.2012.

Lahti, Jouni 2011. Changes in leisure-time physical activity and subsequent sickness absence: A prospective cohort study among middle-aged employees. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.

Lahti-Koski, Marjaana 2009. Terveellinen ravinto. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150>. Luettu 1.3.2012.

Mustajoki, Pertti – Koivukangas, Vesa – Gylling, Helena – Malmivaara, Antti – Ikonen, Tuija S – Victorzon Mikael 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa - kaikki vaihtoehdot käyttöön. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (20). 2249-2255.

Mustajoki, Pertti 2012. Painonhallinta ja ruoka. Terveyskirjasto. <Verkkodokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00864>. Luettu 10.5.2012.

Mustajoki, Pertti – Lappalainen, Raimo 2001. Painonhallinta, ohjaajan opas. Duodecim. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkelä, Pia – Vesalainen, Mari 2012. Alkoholi. Helsinki : THL. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi>. Luettu 12.3.2012.

Mäkelä, Pia 2010. Miten yhteiskunnallinen asema vaikuttaa juomiseen? Teoksessa Mäkelä, Pia – Mustonen, Heli – Tigerstedt Christoffer (toim.): Suomi Juo, suomalaisten alkoholin käyttö ja sen muutokset 1968-2008. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos, 2010. s. 251- 261.

Männistö, Satu – Lahti-Koski, Marjaana – Tapanainen, Heli – Laatikainen, Tiina – Vartiainen, Erkki 2004. Lihavuus ja sen taustat Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. Suomen Lääkärilehti 59 (8). 777–781.

Paavola, Meri 2006. Smoking from Adolescence to Adulthood, A 15 year Follow- up of the North Karelia Youth Project. Publications of the National Public Health Institute.

Patja, Kristiina 2011. Tupakka ja sairaudet. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066>. Luettu 30.3.2012.

Peltonen, M – Harald, Kennet – Männistö, Satu – Saarikoski, Liisa – Peltomäki, Päivi – Lund, Laura – Sundvall, Jouko – Juolevi, Anne – Laatikainen , Tiina – Alden-Nieminen, Helena – Luoto, Riitta – Jousilahti, Pekka – Salomaa, Veikko – Taimi, Marketta – Vartiainen, Erkki 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 kyselytutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 34/2008.

Poikolainen, Kari 2009. Alkoholinkäyttö. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00154>. Luettu 5.3.2012.

Rissanen, Tiina – Voutilainen, Sari – Virtanen, Jyrki – Venho, Birgitta – Vanharanta, Meri – Mursu, Jaakko – Salonen, Jukka 2003. Low Intake of Fruits, Berries and Vegetables Is Associated with Excess Mortality in Men: The Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor (KIHD) Study. 199-204.

Saarni, Suoma 2008. Obesity, Smoking and Dieting. Department of Public Health, University of Helsinki.

Similä, Minna – Taskinen, Olli – Männistö, Satu – Lahti- Koski, Marjaana – Laatikainen, Tiina – Valsta, Liisa 2006. Suomalaisten ruoankäyttö ja terveysriskit karttoina. Suomen lääkärilehti 61 (38). 3825-3831.

Suomen Diabetesliitto. Pieni Päätös Päivässä. Verkkodokumentti. <http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/pieni_paatos_paivassa>. Luettu 22.11.2012

Suomen Sydänliitto Ry. Pieni Päättös Päivässä. Verkkodokumentti.
<<http://www.sydanliitto.fi/tiedote/-/view/76794>>. Luettu 22.11.2012.

Tarkiainen, Lasse – Martikainen, Pekka – Laaksonen, Mikko – Valkonen, Tapani 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988-2007. Suomen Lääkärilehti 66 (48). 3653-3657.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Alkoholi. Verkkodokumentti.
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi>. Luettu 7.3.2012.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Elintavat. Verkkodokumentti.
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/elintavat>. Luettu 23.2.2012.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Painonhallinta. Verkkodokumentti.
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/ravitsemustietoa/terveys/painonhallinta>. Luettu 19.5.2012.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Tupakoinnin terveyshaitat. Verkkodokumentti.
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/tupakoinnin_terveyshaitat/>. Luettu 22.2.2012.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Liikunta. Verkkodokumentti.
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta/>. Luettu 30.3.2012.

Tuominen, Pertti – Rintamäki, Toivo – Jussila, Mauri – Kotisaari, Sirpa – Sipilä, Anna-Liisa – Oksa, Heikki 2001. Tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa? Suomen lääkäri 56 (46). 4727- 4732.

UKK-instituutti. Liikuntapiirakka. Verkkodokumentti.
<<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>>. Luettu 15.2.2012.

Uusitupa, Matti 2012. Lihavuus. Teoksessa Aro, Antti – Mutanen, Marja – Uusitupa, Matti (toim.): Ravitsemustiede. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 347–348.

Valsta, Liisa – Borg, Patrik – Heiskanen, Teppo – Keskinen, Helinä – Männistö, Satu – Rautio, Taina – Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa – Kara, Raija 2008. Juomat ravitsemuksessa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan raportti 2008.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksat.
<<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.finn.pdf>>. Luettu 25.2.2012.

Vartiainen, Erkki. 2005. Tupakointi. Terveyskirjasto.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00018>. Luettu 3.3.2012.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Tammi.

Vuori, Ilkka 2005. Liikunta. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00014>. Luettu
3.3.2012.

Waller, Katja 2011. Kaksostutkimus: Vapaa-ajan liikunta pitää vyötärön ympäryksen
kurissa- ja ehkäisee tyypin 2 diabetesta. Liikunta & tiede 48 (5). 7-8.

Liite 1. Yhdistetty peruskyselylomake painonhallintaryhmille

NIMI:

HENKILÖTUNNUS:

PÄIVÄMÄÄRÄ:

TERVEYSASEMAN NIMI:

PERUSLOMAKE PAINONHALLINTARYHMILLE

Ohje: Lukekaa ensin kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot huolellisesti läpi. Kysymyksiin vastataan tavallisesti rengastamalla oikea vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan. Eräissä kysymyksissä tiedustellaan useita asioita, oireita, sairauksia ym. Tällöin rengastakaa kaikki vaihtoehdot, jotka kuvaavat todellista tilaanne.

Vastausesimerkkejä:

Esimerkki 1.

Siviilisäätty

- 1 naimisissa/ rekisteröidyssä parisuhteessa/ avoliitossa
- 2 naimaton
- 3 asumuserossa tai eronnut
- 4 leski

Esimerkki 2.

Kuinka monta kupillista kahvia ja teetä juotte tavallisesti päivässä?

Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

kahvia ____ kupillista

teetä ____ kupillista

Esimerkki 3.

Onko teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 päivää) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

rintakipua rasiuksessa	1
nivelsärkyä	1
hammassärkyä	1
selkäkipua, selkäsärkyä	1
ihottumaa	1

KYSELYLOMAKE 2012

1. Sukupuoli

- 1 Mies
- 2 Nainen

2. Siviilisäät

- 5 naimisissa/ rekisteröidyssä parisuhteessa/ avoliitossa
- 6 naimaton
- 7 asumuserossa tai eronnut
- 8 leski

3. Mikä on koulutuksenne?

Merkittää ylin suorittamanne koulutus.

- 1 kansakoulu tai peruskoulu
- 2 keskikoulu
- 3 ammattikoulu tai vastaava
- 4 lukio
- 5 opistotutkinto
- 6 ammattikorkeakoulututkinto
- 7 akateeminen tutkinto

4. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskelut päätoimisesti?

Kansakoulu tai peruskoulu lasketaan mukaan.

_____ vuotta

5. Onko työnne tällä hetkellä

- 1 kokoaikaista (ammatillenne tyypillistä)
- 2 osa-aikaista
- 3 en ole työssä

6. Mikä on, tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella, asemanne työyhteisössä?

- 1 työnantaja, yksityisyrittäjä
- 2 maanviljelijä, maatalonemäntä
- 3 ylempi toimihenkilö
- 4 alempi toimihenkilö
- 5 ammattikoulutettu työntekijä
- 6 työntekijä ilman ammattikoulutusta
- 7 en ole ollut työssä kodin ulkopuolella

TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

7. Montako kertaa viimeksi kulu- neen vuoden (12kk) aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla?

Ei koske hammaslääkärissä käyntiä.
(Merkittää 0, jos ette ole käynyt kertaakaan.)

_____ kertaa

8. Montako kertaa viimeksi kulu- neen vuoden (12kk) aikana olette käynyt terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, tai työterveyshoitajan vastaanotolla tai terveydenhoitaja on käynyt Teillä kotikäynnillä?

(Merkittää 0, jos ei kertaakaan.)

_____ kertaa

9. Kuinka monta päivää olette ollut sairaalahoitossa viimeksi kulu- neen vuoden (12kk) aikana?

(Jos ette yhtään, vastatkaa 0.)

_____ päivää

TERVEYDETLÄ**10. Kuinka monta kokonaista päivää olitte viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana sairauden takia poissa töistä tai hoitamatta tavalisia tehtäviä?**

(Jos ette yhtään, vastatkaa 0.)

_____ päivää

11. Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?

kyllä

kohonnut verenpaine, verenpainetauti.....1
 kohonnut veren kolesteroli1
 diabetes (sokeritauti)1
 sydänveritulppa, sydäninfarkti1
 sepelvaltimotauti, angina pectoris (= rintakipua raskuudessa)1
 syöpä1
 nivelreuma1
 selän kulumavika, muu selkäsairaus1
 pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma1
 masennus (depressio)1
 muu mielenterveysongelma1
 astma1
 heinänuha tai muu allerginen nuha.....1
 ruoka-aineallergia1
 vatsasairaus (mahakatarri, gastriitti, mahahaava)1

12. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

kyllä

rintakipua raskuudessa1
 nivelsärkyä1

selkäkipua, selkäsärkyä1
 hammassärkyä1
 turvotusta jaloissa.....1
 suonikohjuja.....1
 ihottumaa1
 päänsärkyä.....1
 unettomuutta1
 masentuneisuutta1
 muita mielenterveysongelmia.....1
 ummetusta1
 närästystä1
 muita ruuansulatusvaivoja (ilmavaivoja, ripulia).....1
 iskiasta (selkäkipuja, joka säteilee sääreen)1

13. Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?

kyllä

en

noin puolen kilometrin matkan käveleminen
 levähtämättä 12
 lyhyehkön matkan (noin 100 metriä) juokseminen.. 12
 pitkähkön matkan (yli puoli kilometriä) juokseminen..... 12

14. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä:

1 hyvä
 2 melko hyvä
 3 keskitasoinen
 4 melko huono
 5 huono

15. Oletteko viimeksi kuluneen viikon (7pv) aikana käyttänyt mitään tabletteja, pulvereita tai muita lääkkeitä?

- kyllä
- verenpainelääkkeitä 1
 kolesterolilääkkeitä 1
 insuliinia 1
 diabeteslääkkeitä 1
 päänsärkylääkkeitä 1
 muita särkylääkkeitä 1
 ehkäisytabletteja 1
 rauhoittavia lääkkeitä 1
 unilääkkeitä 1
 masennuslääkkeitä 1
 vitamiini- ja kivennäisvalmisteita 1
 yskänlääkettä 1
 hormonilääkkeitä vaihdevuosiin tai niiden jälkeiseen aikaan (naisille) 1
 potenssihäiriön lääkkeitä (miehille) 1

16. Oletteko koskaan käyttänyt luontaistuotteita painonhallintaan / laihtuaksesi (esim. easy-diet)?

- 1 kyllä
 2 en

17. Onko Teillä koskaan mitattu verenpainetta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
 2 1-5 vuotta sitten
 3 yli 5 vuotta sitten
 4 ei koskaan

18. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren kolesterolipitoisuutta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
 2 1-5 vuotta sitten
 3 yli 5 vuotta sitten
 4 ei koskaan
 5 en tiedä

19. Jos verenne kolesterolipitoisuus on todettu korkeaksi, niin annettiinko Teille tässä yhteydessä ruokavalio-ohjeita kolesterolitason alentamiseksi?

- 1 ei
 2 kyllä

20. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren sokeripitoisuutta? Milloin?

- 1 viimeksi kuluneen ½ vuoden aikana
 2 ½-1 vuotta sitten
 3 1-5 vuotta sitten
 4 yli 5 vuotta sitten
 5 ei koskaan
 6 en tiedä

21. Onko diabetesriskienne arvioitu viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana diabeteksen riskitestillä?

- 1 kyllä, tein testin itse
 2 kyllä, tein testin lääkärin tai hoitajan kanssa
 3 ei

22. Onko lääkäri joskus todennut Teillä diabeteksen (sokeritaudin) tai diabeteksen esiasteen?

- 1 ei kumpikaan
 2 diabeteksen esiasteen (sokeriainneenvaihdunnan häiriön)
 3 diabeteksen (sokeritaudin)

23. Määrättiinkö Teille tuolloin diabeteksen (sokeritaudin) takia joltain seuraavista hoidoista?

- 1 vain dieettihoito (ruokavalio)
- 2 tablettihoito
- 3 insuliinihoito
- 4 ei mitään edellisistä

TUPAKOINTI

24. Tupakoitteko itse tai tupakoiko joku perheenne jäsenistä asunnossanne?

- | | kyllä | ei |
|----------------------------|-------|----|
| itse..... | 1 | 2 |
| puoliso..... | 1 | 2 |
| muu aikuinen | 1 | 2 |
| joku alle 18- vuotias..... | 1 | 2 |

25. Oletteko tupakoineet koskaan elämänne aikana?

- 1 en (siirtykää kysymykseen 38)
- 2 kyllä (jatkaa kysymyksestä 27)

26. Oletteko tupakoinut elämänne aikana vähintään 100 kertaa (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 en
- 2 kyllä

27. Oletteko koskaan tupakoinut päivittäin ainakin yhden vuoden ajan? Kuinka monta vuotta yhteensä?

- 1 en ole koskaan tupakoinut päivittäin
- 2 olen tupakoinut päivittäin yhteensä

_____ vuotta

28. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan

29. Milloin olette tupakoinut viimeksi? Jos tupakoitte jatkuvasti, merkitkää vaihtoehto 1.

- 1 eilen tai tänään
- 2 2 pv -1 kk sitten
- 3 1 kk- puoli vuotta sitten
- 4 puoli vuotta - vuosi sitten
- 5 vuosi – 5 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)
- 6 5 – 10 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)
- 7 yli 10 vuotta sitten (siirtykää kysymykseen 38)

30. Miten paljon poltatte nykyisin tai poltatte ennen lopettamista keskimäärin päivässä? Vastatkaa joka kohtaan. Merkitkää 0, jos ette tupakoi lainkaan.

tehdasvalmisteisia savukkeita ____ kpl päivässä

itsekäärittyjä savukkeita ____ kpl päivässä

piippua ____ piipullista päivässä

sikareita ____ kpl päivässä

31. Miten pian herätyänne poltatte tai poltatte ennen lopettamista ensimmäisen savukkeen?

- 1 viiden ensimmäisen minuutin kuluessa
- 2 6 – 30 minuutin kuluessa
- 3 31 – 60 minuutissa
- 4 myöhemmin kuin ensimmäisenä tuntina

32. Haluaisitteko lopettaa tupakoinnin?

- 1 en
- 2 kyllä
- 3 en osaa sanoa
- 4 en tupakoi nykyisin

33. Oletteko milloinkaan vakavasti yrittänyt lopettaa tupakointia ja ollut tupakoimatta vähintään 24 tuntia? Jos olette, niin milloin viimeksi?

- 1 viimeisen kuukauden aikana
- 2 1 kk – puoli vuotta sitten
- 3 puoli vuotta - vuosi sitten
- 4 yli vuosi sitten
- 5 en koskaan

34. Oletteko huolissanne siitä, että tupakointinne voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- 1 hyvin huolissani
- 2 hieman huolissani
- 3 en juurikaan huolissani
- 4 en lainkaan

35. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana käyttänyt nikotiini korvaushoitoa (purukumi, laastari, pilleri ym.)?

- 1 en ole käyttänyt
- 2 kyllä, tupakoinnin lopettamisen tukena
- 3 kyllä, muusta syystä

36. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä lopettamaan tupakoinnin?

- | | | |
|-----------------------------|---------|---------|
| | kyllä | ei |
| lääkäri | 1 | 2 |
| terveydenhoitaja tai | | |
| työterveyshoitaja | 1 | 2 |
| hammaslääkäri | 1 | 2 |
| apteekin henkilökunta | 1 | 2 |
| perheenjäsen | 1 | 2 |
| joku muu | 1 | 2 |

37. Nuuskaatteko nykyisin?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan nykyisin
- 4 en ole koskaan nuuskannut

RAVINTO**38. Syöttekö yleensä aamupalaa?**

- 1 en
- 2 kyllä

39. Missä syötte useimmiten lounaanne (klo 10-15 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
- 4 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 5 muualla kuin mainituissa paikoissa
- 6 en syö lounasta ollenkaan

40. Missä syötte useimmiten päivälisenne (klo 15-20 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
- 4 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 5 muualla kuin mainituissa paikoissa
- 6 en syö päivällistä ollenkaan

41. Onko Teillä mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa?

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en ole työssä enkä opiskele

- 6 voi- kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini, Enilett, Vähä-rasvaisempi Oivariini)
- 7 voita
- 8 ei mitään rasvaa

42. Mitä rasvaa käytätte enimmäkseen leivällä?

- 1 en mitään
- 2 levitettä, jossa enintään 40 % rasvaa (esim. Keiju Kevyt, Flora Kevyt, Becel 38, Lätta, Kevyt Levi 30 tai 40, Oivariini Balansia)
- 3 levitettä, jossa noin 60 % rasvaa (esim. Becel 60, Flora 60, Keiju 60)
- 4 kasvistanolilevitettä (Benecol)
- 5 kasvisterolilevitettä (Becel pro.activ)
- 6 margariinia tai rasvalevitettä, jossa 70-80 % rasvaa (esim. Keiju)
- 7 voi- kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini, Enilett, Oivariini vähärasvaisempi)
- 8 voita

43. Mitä rasvaa kotonanne käytetään enimmäkseen ruoanvalmistuksessa?

- 1 kasviöljyä
- 2 juoksevaa kasviöljyvalmistetta tai rasvaseosta (esim. Flora Culinisse, Juokseva Sunnuntai)
- 3 levitettä, jossa noin 60 % rasvaa (esim. Becel 60, Keiju 60, Kultarypsi)
- 4 margariinia tai rasvalevitettä, jossa 70- 80 % rasvaa (esim. Flora, Keiju)
- 5 talousmargariinia (esim. Sunnuntai, Flora)

44. Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia?

	En kertaakaan	1 - 2 päivänä	3 - 5 päivänä	6 - 7 päivänä
keitettyjä perunoita.....	1	2	3	4
ranskalaisia perunoita.....	1	2	3	4
riisiä / pastaa.....	1	2	3	4
puuroja / muroja	1	2	3	4
rasvaisia juustoja (esim. Edam, Emmental, Oltermanni)	1	2	3	4
vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar- 15, Kadett, Edam 17, raejuusto)	1	2	3	4
kanaa	1	2	3	4
kalaa	1	2	3	4
lihaa	1	2	3	4
lihajalosteita (makkarat yms.)	1	2	3	4
kananmunia	1	2	3	4
tuoreita vihanneksia / juureksia.....	1	2	3	4
kypsennettyjä vihanneksia / juureksia.....	1	2	3	4
hedelmiä /marjoja.....	1	2	3	4
pizzaa	1	2	3	4
muita suolaisia leivonnaisia (hampurilaiset, piirakat yms.).....	1	2	3	4
makeita leivonnaisia (pullat, viinerit, keksit yms.).....	1	2	3	4
suklaata tai muita makeisia.....	1	2	3	4
mehuja/ tuoremehuja.....	1	2	3	4
sokeroituja virvoitusjuomia	1	2	3	4
keinomakeutettuja virvoitusjuomia	1	2	3	4

45. Kuinka monta lasillista maitoa tai piimää (yksi lasillinen on 2 dl) juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

maitoa ____ lasillista

piimää ____ lasillista

46. Jos juotte maitoa, käytättekö tavallisesti

- 1 tilamaitoa (käsitlemätön maito)
- 2 täysmaitoa (entinen kulutusmaito)
- 3 kevytmaitoa
- 4 ykkösmaitoa
- 5 rasvatonta maitoa
- 6 en juo maitoa

47. Kuinka monta kupillista kahvia tai teetä juotte tavallisesti päivässä? Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan.

kahvia ____ kupillista

teetä ____ kupillista

48. Montako leipäviipaletta syötte tavallisesti päivittäin? Merkitkää 0, jos ette lainkaan.

tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.)

____ viipaletta päivässä

seka-, hiiva-, graham-, kauraleipää

____ viipaletta päivässä

ranskanleipää tai vastaavaa

____ viipaletta päivässä

49. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä muuttamaan ruokatottumuksianne terveyssyistä?

	kyllä	ei
lääkäri	1	2
joku muu		
terveydenhoitohenkilö	1	2
perheenjäsen	1	2
joku muu	1	2

ALKOHOLIN KÄYTTÖ

50. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia (olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)?

1 olen
2 en ole

51. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 vrk) aikana seuraavia: Ellette ole juonut yhtään, merkitkää 0.

olutta (IVA tai III) ____ pullollista (1/3 litraa)

long drink-juomia ____ pullollista (1/3 litraa)

väkevää alkoholia ____ ravintola-annosta

viiniä tai vastaavaa ____ lasillista (alkoholipitoisuus yli 5 %)

siideriä tai kevytviiniä ____ lasillista (alkoholi pitoisuus noin 5 %)

52. Kuinka usein tavallisesti juotte olutta?

1 päivittäin
2 2-3 kertaa viikossa
3 kerran viikossa
4 2-3 kertaa kuukaudessa
5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
6 en koskaan

53. Kuinka usein tavallisesti juotte väkeviä alkoholijuomia tai viinaa?

1 päivittäin
2 2-3 kertaa viikossa
3 kerran viikossa
4 2-3 kertaa kuukaudessa
5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
6 en koskaan

54. Kuinka usein tavallisesti juotte viiniä?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

55. Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?

- 1 päivittäin
- 2 2-3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

56. Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän (alkoholiannos käsittää pullon olutta tai vastaavaa, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholi-juomaa)?

- 1 en koskaan
- 2 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 3 kerran kuukaudessa
- 4 kerran viikossa
- 5 päivittäin tai lähes päivittäin

57. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä vähentämään alkoholin käyttöä?

- kyllä ei
- lääkäri 1 2
- joku muu
- terveydenhoitohenkilö 1 2
- perheen jäsen 1 2
- joku muu 1 2

PITUUS JA PAINO

58. Kuinka pitkä olet?

_____ cm

59. Miten paljon painatte kevyissä vaatteissa punnittuna?

_____ kg

60. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana yrittänyt väkasti laihtuttaa?

- 1 en
- 2 kyllä

61. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä laihtumaan?

- kyllä ei
- lääkäri 1 2
- joku muu
- terveydenhoitohenkilö 1 2
- perheenjäsen 1 2
- joku muu 1 2

LIIKUNTA

62. Kuinka monta minuuttia kävelette tai pyöräilette työmatkoillanne? Huom. tarkoittaa meno- ja tulo-

- matkaan yhteensä käytettyä aikaa.
- 1 en ole työssä tai työ on kotona
 - 2 kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
 - 3 alle 15 minuuttia päivässä
 - 4 15 -30 minuuttia päivässä
 - 5 30 -60 minuuttia päivässä
 - 6 yli tunnin päivässä

63. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyitte ja hikoilette?

- 1 päivittäin
- 2 4 -6 kertaa viikossa
- 3 3 kertaa viikossa
- 4 2 kertaa viikossa
- 5 kerran viikossa
- 6 2-3 kertaa kuukaudessa
- 7 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 8 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

64. Miten rasittavaa työnne on ruumiillisesti? Valitkaa tilanteeseenne parhaiten sopiva vaihtoehto. Jos ette tee työtä, merkitkää 1.

- 1 työni on pääasiassa istumatyötä enkä kävele paljoakaan
- 2 kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita esineitä
- 3 joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- 4 työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan jne.

65. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuodenaikoina, merkitkää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

- 1 vapaa-aikanani luen, katselen televisiota ja suoritan askareita, joissa en paljoakaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
- 2 vapaa-aikanani kävelen, pyöräilen tai liikun muulla tavalla vähintään 4 tuntia viikossa

- 3 harrastan vapaa aikanani varsinaista kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 tuntia viikossa
- 4 harjoittelen vapaa-aikanani kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa

66. Millainen on mielestänne nykyinen ruumiillinen kuntonne?

- 1 erittäin hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 tyydyttävä
- 4 melko huono
- 5 erittäin huono

67. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12kk) aikana kehottanut Teitä lisäämään liikuntaa?

	kyllä	ei
lääkäri	1	2
joku muu		
terveydenhoitohenkilö	1	2
perheen jäsen	1	2
joku muu	1	2

TOTTUMUSTEN MUUTTAMINEN

68. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana muuttanut tottumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella?

	kyllä
vähentänyt rasvan määrää	1
muuttanut rasvan laatua	1
lisännyt kasvisten käyttöä	1
vähentänyt sokerin käyttöä	1
vähentänyt suolan käyttöä	1
laihduuttanut	1
lisännyt liikuntaa	1
vähentänyt alkoholin käyttöä	1

**TERVEYDEN EDISTÄMISTYÖHÖN LIIT-
TYVIÄ KYSYMYKSIÄ**

**69. Jotkin elintarvikkeet voivat saada
Sydänmerkin. Tunnetteko Sy-
dänmerkin?**

- 1 kyllä
- 2 en

**70. Oletteko käyttänyt Sydänmerkki-
tuotteita viimeksi kuluneen vuo-
den (12kk) aikana?**

- 1 kyllä
- 2 en

Liite 2. Suostumus asiakirja

**SUOSTUMUS LÄÄKETIETEELLISEEN
KLIINISEEN TUTKIMUKSEEN****Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella**

Minua on pyydetty osallistumaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suorittamaan tutkimukseen, jossa tutkitaan PPP-painonhallintaryhmien vaikuttavuutta valtimotautien riskitekijöihin.

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Terveystenhoitaja on antanut minulle riittävän tiedon tutkimuksesta suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Tiedot antoi _____,
____/____/20____.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Annan luvan itseäni koskevien, tutkimuksen kannalta tarpeellisten tietojen keräämiseen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ylläpitämään tutkimusrekisteriin. Tietoja voidaan tutkimuksen sitä edellyttäessä pyytää niistä terveydenhoitopaikoista, joissa on potilastietojani. Tätä tarkoitusta varten lääkäri saa kirjata henkilötunnukseni sekä käyttää sitä tietojen saamiseksi.

Annan luvan siihen, että minulta otetaan verikoe 3 ja 12 kk:n seurannan jälkeen. Verikokeesta tutkitaan veren lipidit, verensokeri sekä tulehdustekijä herkkä CRP. Suostun siihen, että yksi verinäyte pakastetaan, jotta myöhemmin voidaan tutkia tarkemmin tulehdustekijöitä, interleukiineja tai tuumorifaktoritekijöitä, joilla saattaa olla yhteys sydän- ja verisuonitautien kehittymiseen.

Kaikki minusta tutkimuksen aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksessa kerätyt tiedot koodataan siten, ettei henkilöllisyyden selvittäminen ole myöhemmin mahdollista ilman purkukoodia. Purkukoodi säilytetään suljettuna terveydenhoitajan arkistossa.

Tässä tutkimuksessa kerättäviä tietoja voidaan käsitellä muualla kuin tiedot keränneen terveydenhoitajan tiloissa ja laitteissa. Tällöin tiedot ovat koodatussa muodossaan.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Tutkimuksesta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta jatkohoitooni. Olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkimushenkilöksi.

potilaan allekirjoitus

päiväys

nimenselvennys

potilaan syntymäaika

potilaan osoite

Suostumus vastaanotettu

terveydenhoitajan allekirjoitus

päiväys

nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkimushenkilön suostumus sekä kopio tutkimushenkilötiedotteesta jäävät terveydenhoitajan arkistoon. Tiedote tutkimuksesta ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkimushenkilölle.

Liite 3. Painonhallintaryhmien seurantalomake



HUS/PPP 2012

Seurantalomakkeeseen kirjataan ne tiedot, joita kursilla on mitattu ja seurattu.

PAINONHALLINTARYHMÄ, seurantalomake

Paino merkitään puolen kilon tarkkuudella esim. 71,5 kg ja kolesteroli yhden desimaalin tarkkuudella esim. 5,5

Ryhmän ohjaajan nimi	Terveysasema
----------------------	--------------

Yhteystiedot

Alkumittausten päivämäärä	Loppumittausten päivämäärä

[illegible]

Liite 4. Tiedote painonhallintaryhmille

TIEDOTE TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEESTA

Arvoisa vastaanottaja,

Kutsumme Teidät osallistumaan tutkimukseen, joka mittaa Pieni Päätös Päivässä eli PPP- painonhallintaryhmän vaikuttavuutta elämäntapamuutoksiin.

Kaikki tutkimuksessa koottu tieto pidetään salassa, ja siihen on pääsy ainoastaan tutkimusryhmän tutkijoilla. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti. Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä tutkimuksesta, syytä ilmoittamatta.

Annamme mielellämme lisätietoja tutkimuksesta puhelimitse tai sähköpostin välityksellä. Tutkimuksen yhteyshenkilöiden yhteystiedot löydätte seuraavalta sivulta.

Tutkimuksen nimi

Painonhallintaryhmien vaikuttavuus valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla perusterveydenhuollon asiakkailla HUS-alueella.

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Tutkimuksesta vastaa professori Johan Eriksson.

Tutkimusryhmään kuuluu HUS:n perusterveydenhuollon yksiköstä ETM Laura Suojanen, FT Heli Bäckmand ja LL Sinikka Bots, HUS:n Lihavuustutkimusyksiköstä dosentti Kirsi Pietiläinen ja HUS:n medisiinisestä tulosityksiköstä professori Markku Nieminen.

Tutkimuksen tausta

Lihavuus on ajankohtainen, merkittävä kansanterveysongelma. Se lisää merkittävästi sairastumisriskiä useisiin liitännäissairauksiin. Tällä hetkellä yli 2 miljoonaa työikäistä on vähintään lievästi liikapainoisia (painoindeksi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), ja lihavia (painoindeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) on noin 650 000, joista noin 180 000 on HUS-piirissä. Elämäntapamuutosten vaikuttavuusnäyttö puuttuu perusterveydenhuollosta. Tutkimusnäyttö elämäntapojen yhteydestä kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin on ilmeinen.

Tutkimuksen tarkoitus ja sisältö

Tutkimuksessa selvitetään, miten suuria vaikutuksia elämäntapoihin kohdistuvalla painonhallintainterventiolla voidaan saavuttaa valtimotautien riskitekijöihin ylipainoisilla aikuisilla perusterveydenhuollossa toteutettavalla ryhmähoidolla. Tutkimus on n. 300 tutkittavan interventiotutkimus, johon sisältyy 12 kuukauden seuranta-aika sekä kustannusvaikuttavuusanalyysi.

Tutkimukseen osallistuvat ovat 18 – 70-vuotiaita HUS-alueen kuntien perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon asiakkaita. Henkilöt rekrytoidaan mukaan tutkimukseen tunnistamalla riskiryhmään kuuluvia terveystalviteita käyttäviä henkilöitä eli opportunistisen kohdennetun seulonnan avulla.

Painonhallintainterventio toteutetaan Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton yhdessä kehittämällä Pieni Päätös Päivässä (PPP) – painonhallintaohjelmalla.

Tutkimusaineiston käsittely ja säilytys

Tämän tutkimuksen aineiston muodostaa 18 – 70 –vuotiaat ylipainoiset ($BMI > 28 \text{ kg/m}^2$) perusterveydenhuollon asiakkaat HUS-alueen kuntien terveysasemilla. Interventiotutkimukseen sisältyy kyselyt, mittaukset ja laboratoriokokeet ryhmän alussa ja lopussa sekä 3 ja 12 kuukauden seuranta.

Tutkimuksen tuloksia raportoidaan tutkimusyhteistyöhön osallistuneiden tahojen kanssa yhteistyössä. Tulokset viestitään tieteellisissä julkaisusarjoissa, kotimaisissa ammattijulkaisuissa sekä kansalaisille tiedotusvälineiden kautta. Tutkimuksen tuloksien perusteella hyväksi havaittuja ryhmätoimintamalleja voidaan hyödyntää muilla HUS-alueen kuntien terveysasemilla.

Aineisto tallennetaan erilliseen HUS:ssa säilytettävään tutkimustietokantaan, johon pääsy on ainoastaan tutkimusryhmällä. Tieteellisen tutkimuksen tietoja ei tulla säilyttämään samassa paikassa kuin terveydenhuollon toimintayksikön potilasasiakirjoja.

Tutkimustuloksien ilmoittaminen tutkittaville

Tutkittavat saavat henkilökohtaisen palautteen omista tutkimustuloksistaan. Osa palautteesta annetaan jo tutkimuskäynnin aikana. Laboratorionäytteistä tehtyjen määritysten tulokset lähetetään henkilökohtaisesti kirjeitse kahden kuukauden kuluessa tutkimuksesta.

Tutkimuksen yhteyshenkilöt

Laura Suojanen, ETM
Heli Bäckmand, FT

Liite 5. Peruskyselylomakkeesta tulkitut kysymykset

Opinnäytetyössämme tulkitut kysymykset

	N	Min.	Max.	Keskiarvo	Std. Deviation
Sukupuoli	56	1	2	1,89	,312
Siviilisääty	56	1	4	1,50	,953
Koulutus	55	1	7	3,85	1,779
Työtilanne	56	1	3	1,88	,875
lääkärin vastaanotto krt	55	0	20	5,15	4,731
hoitajan vastaanotto krt	55	0	102	5,29	14,626
Koettu terveys	54	1	5	2,96	,910
Tupakointi nykyisin	36	1	3	2,58	,806
Halu lopettaa tupakointi	13	1	4	3,08	,954
Huoli tupakoinnin terveys- haitoista	10	1	3	2,00	,667
Aamupala	56	1	2	1,84	,371
Missä syö lounasta arkisin	56	1	6	2,48	1,501
Missä syö päivällistä arkisin	56	1	6	1,27	,924
Mahdollisuus työpaik- ka/opisk.ruokailuun	55	1	3	1,82	,863
Rasvan laatu leivällä	56	1	9	4,14	2,561
Mitä rasvaa kotonanne käy- tetään enimmäkseen ruo- anvalmistuksessa	56	1	9	4,32	3,454
maidon laatu	55	3	7	5,07	,997
Kuinka monta lasillista mai- toa juotte tavallisesti päi- vässä	54	0	10	1,43	1,869
Alkoholin käyttö viimeisen vuoden aikana	56	1	2	1,21	,414
Kuinka usein juo alkoholi- juomia	55	2	6	4,35	1,158
Pituus	56	155	193	166,23	7,408
Paino	55	73,0	134,0	96,611	14,5096
Hengästyttävää liikuntaa 1/2 h kerrallaan	56	1	8	4,04	2,054
Koettu kunto	56	2	5	3,27	,904

Tottumusten muuttaminen (12kk aikana): vähentänyt rasvan määrää	56	0	1	,39	,493
muuttanut rasvan laatua	56	0	1	,30	,464
lisännyt kasvisten käyttöä	56	0	1	,59	,496
vähentänyt sokerin käyttöä	56	0	1	,43	,499
vähentänyt suolan käyttöä	56	0	1	,23	,426
laihduuttanut	56	0	1	,38	,489
lisännyt liikuntaa	55	0	1	,55	,503
vähentänyt alkoholin käyt- töä	56	0	1	,29	,456
Painoindeksi	55	1	5	2,51	,814
Terveys	54	1	3	1,94	,811
Valid N (listwise)	9				

Liite 6. Tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyömme teko alkoi tammikuussa 2012. Aloitimme työmme keräämällä teoriatietoa työmme kannalta keskeisiin aihepiireihin. Pääosin käytimme tiedonhaussa Mediciä ja Nelli-portaalia. Emme tehneet juurikaan rajauksia hakuihimme. Tosin hylkäsimme pois tutkimukset, jotka oli tehty ennen vuotta 2000. Pyrimme löytämään mahdollisimman tuoretta ja ajan tasalla olevaa tutkimustietoa.

Medicissä käytimme seuraavia hakusanoja: ravitsemusneuvonta, ravitsemus, ravitsemus*, nutrition, nutri*, liikunta, painonhallinta, paino*, health, eating, diet*, dieting, weight control, weight*. Löysimme vaikean alun jälkeen hyvin niin suomen- kuin englanninkielisiäkin tekstejä. Tietokantojen lisäksi käytimme Käypä hoitoa, THL:n ja Duodecimin verkkosivuja. Eniten edellä mainittuja käytimme kansallisten suositusten määrittelyssä.

Vaikka teoratiedonkeruu tapahtui keväällä, palasimme täydentämään tietojamme vielä opinnäytetyö prosessin loppuvaiheessa sitä mukaa, kun työmme muokkautui lopulliseen muotoonsa.